Röda Korsets Högskola
1867
SVENSKA RÖDA KORSET

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2026-01-26

Kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården

En allmän litteraturstudie

Women's experiences of nursing care during inpatient treatment for breast cancer

A literature review

Författare: Camilla Olsson
Safia Ali Mohamed

Handledare: Celicia Häckter Ståhl, Adjunkt

Examinerande lärare: Tommy Carlsson, Med. Dr., Docent

Röda Korsets Högskola
Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Bröstcancer är den vanligaste och mest diagnosticerade cancersjukdomen bland kvinnor i Sverige och globalt. Sjukdomen utgör inte enbart medicinska påfrestningar utan också en betydande folkhälsofråga där individer påverkas både fysiskt och psykiskt. Sjuksköterskan har därmed en central roll att främja en trygg och god vårdrelation genom tydlig kommunikation och kontinuerlig närvaro.

Syftet med denna studie var att presentera, beskriva och sammanställa en syntes av kvalitativa studier som beskriver kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården.

Metod: En kvalitativ allmän litteraturstudie med induktiv ansats genomfördes enligt Polit och Becks niostegsmodellen. Elva kvalitativa forskningsstudier granskades och analyserades enligt Braun och Clarke tematiska analys.

Resultat: Två huvudteman identifierades: *Att bli sedd och förstådd i mötet med vården* och *Mötets betydelse för identitet och existentiell återhämtning*, vardera med två tillhörande subtema.

Slutsats: Bröstcancer påverkar ett brett spektrum av aspekter i en persons liv. Det är väsentligt att sjuksköterskor möter individuella behov hos patienterna genom ett holistiskt tillvägagångssätt, inklusive aspekter som fysiskt och emotionell närvaro, individualiserad kommunikation, samt att främja välmående. Ytterligare forskning krävs för att fastställa hur stärkta färdigheter i omvårdnadsinterventioner kan förbättra personcentrerad vård och tillgodose varje kvinnas individuella behov.

Nyckelord: Bröstcancer, kvinnors upplevelser, omvårdnad, slutenvården

ABSTRACT

Background: Breast cancer is the most common and most diagnosed cancer disease among women in Sweden and globally. The disease not only poses medical challenges but is also a significant public health issue that affects individuals both physically and psychologically. Nurses therefore play a vital role in promoting a safe and positive care relationship through clear communication and continuous presence.

Aim: The aim of this study was to present, describe and synthesize qualitative studies that report women's experiences of nursing care during inpatient care for breast cancer.

Method: A qualitative general literature review with an inductive approach was conducted using Polit & Beck´s nine-step-model. Eleven qualitative articles were processed and analysed in accordance with Braun & Clarke's thematic analysis.

Results: Two main themes were identified: *To be seen and understood in encounters with healthcare* and *The encounters significance for identity and existential recovery*, each with two associated subthemes.

Conclusion: Breast cancer affects a broad spectrum of aspects in a person's life. It is vital that nurses meet individual needs of the patients by incorporating a holistic approach, including aspects such as physical and emotional presence, personalized communication and promoting well-being. Further research is required to determine how strengthening nursing intervention skills can improve person-centered care to meet each woman´s individual needs.

Keywords: Breast cancer, women´s experiences, nursing care, inpatient care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING i
ABSTRACT ii
INTRODUKTION 1
1. BAKGRUND 2
1.1. Bröstcancer - en global och nationell översikt 2
1.2. Orsaker, symtom och förebyggande faktorer vid bröstcancer 2
1.3. Bröstcancerbehandling och biverkningar 2
1.3.1. Omvårdnad vid komplikationer 3
1.3.2. Konsekvenser till följd av bröstcancerdiagnos 3
1.4. Slutenvård 4
1.4.1. Vårdmiljön inom slutenvården 4
1.5. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar 5
1.5.1. Riktlinjer och grundläggande mänskliga rättigheter 5
1.5.2. Sjuksköterskans kompetensområde 6
1.5.3. Hållbar utveckling – målet att främja hälsa 6
1.5.4. Kontaktsjusköterskans ansvar vid omvårdnad för bröstcancer 7
1.6. Bärande begrepp 7
1.6.1. Lidande 7
1.7. Problemformulering 9
2. SYFTE 10
3. METOD 11
3.1. Design 11
3.2. Urval 11
3.3. Datainsamling 12
3.3.1. Databassökning på CINAHL 13
3.3.2. Databassökning på PubMed 13
3.3.3. Exkluderade och inkluderade forskningsstudier 14
3.4. Dataanalys 14
3.4.1. Kvalitetsgranskning 14
3.4.2. Tematisk analys 15
3.4.3. Genomförande av tematisk analys 15
3.5. Etiska aspekter 18
4. RESULTAT 19

4.1. Metodologisk karaktär och kvalitet för inkluderade studier 19
4.2. Resultat av tematisk analys 19
4.2.1 Huvudtema 1: Att bli sedd och förstådd i mötet med vården 19
4.2.2. Subtema 1a: En sammanhållen vårdresa som skapar trygghet och överblick 20
4.2.3. Subtema 1b: Att lämnas i ovisshetens dimma vid fragmenterad kommunikation 20
4.3.1. Huvudtema 2: Mötets betydelse för identitet och existentiell återhämtning 21
4.3.2. Subtema 2a: Att bli emotionellt buren genom empati, stöd och bekräftelse 21
4.3.3. Subtema 2b: Känslan av utlämnandet när rutiner går före personlig omsorg 22
5. DISKUSSION 24
5.1. Metoddiskussion 24
5.2. Resultatdiskussion 27
5.2.1. Förutsättningar för tillit i vårdprocessen och när brister skapar sårbarhet 27
5.2.2. Att inte vara ensam i sjukdomen - när stöd finns och när det saknas 29
6. SLUTSATSER 32
7. REFERENSER 33
8. BILAGOR I
Bilaga I. Sökmatris CINAHL. I
Bilaga II. Sökmatris PubMed. III
Bilaga III. Artikelmatris V
Bilaga IV:1. Forsberg och Wengström checklista för kvalitativa artiklar X
Bilaga IV:2. XI
Bilaga IV:3. XII
Bilaga IV:4. XIII
Bilaga IV:5. XIV

INTRODUKTION

Omvårdnad vid bröstcancer innefattas av möten mellan patient och sjuksköterska, vilket utgör en central del av vårdprocessen inom slutenvården. Vårdmöten innebär ett tillfälle att etablera en vårdrelation som ska präglas av personcentrerad vård. Forskning visar att bröstcancer är en av de vanligaste cancerformerna hos kvinnor i världen, och kvinnor av alla åldrar efter pubertet kan utveckla bröstcancer. Att diagnosticeras med bröstcancer kan innebära omfattande förändringar i livssituation och kan vara förenat med känslor av oro och förtvivlan, men även frustration och osäkerhet relaterade till behandling och sjukdomsprogression. Dessa omständigheter belyser behovet av en fördjupad förståelse för hur vården och omvårdnaden vid bröstcancer bör vara utformad för att på bästa sätt kunna stödja sjukdomsförloppet. Omvårdnaden kan riskera att bli otillräcklig om upplevelser inte förstås och slutenvården är en komplex kontext där kvinnors behov kan förbises.

En ökad kunskap om kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården är relevant för att utveckla och stärka omvårdnadsarbetet. Genom ett hälsofrämjande förhållningssätt och personcentrerad omvårdnad kan förutsättningarna förbättras för sjuksköterskan att möta kvinnors individuella behov i olika skeden av sjukdomsförloppet. Patientgruppen förekommer inte enbart inom onkologisk vård, utan vårdkontakten kan ske inom flera delar av slutenvården och under olika faser av sjukdomen, vilket ytterligare understryker behovet av kunskap inom området. Under sjuksköterskeutbildningen förekommer teoretisk grund om bröstcancer, och genom verksamhetsförlagda moment har författarna kommit i kontakt med kvinnor som har eller haft bröstcancer. Dessa erfarenheter har bidragit till ett intresse för att fördjupa kunskapen om omvårdnad för denna patientgrupp.

1. BAKGRUND

1.1. Bröstcancer - en global och nationell översikt

År 2022 rapporterades bröstcancer som den vanligaste cancerformen hos kvinnor i 157 av 185 länder i världen, där bröstcancer är den cancerform med högst mortalitet bland kvinnor (Probst et al., 2021). Globalt diagnostiseras cirka 2,3 miljoner kvinnor årligen med bröstcancer, vilket gör det till en folkhälsoutmaning som utgör inte enbart en medicinsk påfrestning utan också en betydande folkhälsofråga (World Health Organization [WHO], 2024a). Den globala fördelningen av sjukdomsfall visar en stor kontrast i hur befolkningen drabbas av bröstcancer, detta är på grund av variationer i tillgång till hälso- och sjukvård, screeningprogram, resurstillgänglighet och kunskap (Green et al., 2023; WHO, 2024a). Även socioekonomiska faktorer har en kritisk betydelse där bristande tillgång till sjukvårdsresurser i låginkomstländer kan innebära sen diagnostik, vilket resulterar i sämre prognoser vilket betonas av Gupta et al. (2024). Sjukdomsförebyggande insatser som distribution av hälsoinformation genom olika instanser diskuteras som centrala faktorer för att minska sjukdomsbördan eftersom det kan bidra till tidig upptäckt av cancer globalt och även i Sverige (Socialstyrelsen, 2023b).

I Sverige är bröstcancer den ledande cancerformen hos kvinnor, med cirka 8 000 nya fall varje år och är en ledande dödsorsak bland kvinnor (Socialstyrelsen, 2023a). Den höga upptäcktsfrekvensen i Sverige kan tillskrivas det nationella screeningprogrammet, såsom mammografi som erbjuds kostnadsfritt till alla kvinnor som fyllt 40 år. Socialstyrelsen betonar att mammografiscreening bidrar till tidigt upptäckt och därmed är överlevnaden högre. Chansen att överleva under en femårsperiod i Sverige är ungefär 90% (Socialstyrelsen, 2023a). Män kan också utveckla bröstcancer och i Sverige diagnostiseras cirka 60 män årligen (Socialstyrelsen, 2023b). Den lägre förekomsten bland män förklaras ofta av att sjukdomen identifieras i ett senare skede, vilket försämrar prognosen (Socialstyrelsen, 2023a).

1.2. Orsaker, symtom och förebyggande faktorer vid bröstcancer

Bröstcancer uppstår när celler i bröstvävnaden växer okontrollerat och kan delas in i olika typer beroende på var i bröstet cancern uppstår, eller om den är godartad eller elakartad. Mutationer i generna BRCA1 och BRCA2 är vanliga orsaker, där hormoner såsom östrogen anses vara centrala faktorer (WHO, 2024a). Ålder är en väsentlig riskfaktor, och kvinnor över 50 år löper högre risk att utveckla bröstcancer (Socialstyrelsen, 2023a). Kön är också en viktig faktor, eftersom kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning än män. Faktorer såsom långt sittande samt ohälsosam livsstil, högt alkoholintag och användning av hormonbehandling är också faktorer som kan påverka utvecklingen av sjukdomen i olika stadium (Manouchehri et al., 2022). Det är viktigt att prioritera tidig diagnostik, inklusive genetisk testning och självundersökning som dessutom är centrala strategier för att identifiera sjukdomen i ett tidigt skede (Socialstyrelsen, 2023a). Bröstcancer diagnostiseras med hjälp av klinisk undersökning, radiologi och datortomografi (Mburu et al., 2016; Sund, 2021, s. 213). Vanliga symtom inkluderar knölar i bröstet, förändringar i huden och indragning av bröstvårtan, vilket kan medföra djupgående smärtor (Bonsu & Ncama, 2019; Sund, 2021, s. 213–214).

1.3. Bröstcancerbehandling och biverkningar

Bröstcancer kan behandlas på olika sätt, beroende på tumörens storlek och spridningshastighet till andra organ, även kallad malignitet (Ciria-Suarez et al., 2021). De vanligaste behandlingsalternativen inkluderar bland annat kirurgi, strålbehandling, kemoterapi och hormonbehandling (Ciria-Suarez et al., 2021; Plank & Palmgren, 2022, s. 553). Kirurgi inleds ofta som antingen bröstbevarande kirurgi eller radikal mastektomi, vilket innebär att ett helt bröst avlägsnas. Strålbehandling fungera som ett komplement, främst efter kirurgiska ingrepp för att minska risken för återfall, eftersom strålning kan eliminera cancerceller som inte är synliga eller inte kan avlägsnas genom någon form av kirurgisk

behandling (Ciria-Suarez et al., 2021; Planck & Palmgren 2022, s. 554). Kemoterapi eller cytostatika används i de fall det finns risk för spridning eller när tumören inte kan avlägsnas genom operation (Planck & Palmgren 2022, s. 554). Cytostatikabehandlingen innehåller läkemedel som angriper och dödar cancerceller, därför kallas den även cellgifter. Administrering kan ske intravenöst eller oralt. Kemoterapi kan ges före operation för att minska tumörens storlek eller efter operation för att ytterligare minska risken för återfall. Hormonbehandling används vid hormonberoende bröstcancer och verkar genom att blockera effekten av östrogen eller progesteron, vilket bromsar tumörens tillväxt (Plank & Palmgren, 2022, s. 555).

Alla behandlingar kan medföra biverkningar, vilka varierar beroende på typ av behandling. Kirurgi leder till smärta och ärrbildning (Palmgren, 2022, s. 554). Strålbehandling kan orsaka hudirritation, svaghet och extrem trötthet (Nies et al., 2018; planck & Palmgren, 2022, s. 556). Kemoterapi försvagar immunförsvaret och kan leda till exempelvis infektionskänslighet samt illamående (Nies et al., 2018). Vid avancerade stadier av bröstcancer kan även immunterapi och målsökande terapier användas (Planck & Palmgren, 2022, s. 557–559). Dessa behandlingar riktar in sig på specifika mekanismer i kroppen, antingen att stärka immunförsvaret eller genom att påverka de gener och proteiner som driver cancerutvecklingen (WHO, 2024a).

1.3.1. Omvårdnad vid komplikationer

Den vanligaste komplikationen som kan uppstå efter bröstcancerbehandling är bland annat lymfödem, särskilt efter kirurgiska ingrepp och strålbehandling för bröstcancer (Ciria-Suarez et al., 2012; Sun & Armer, 2019). Lymfödem orsakar svullnad i armarna eller omkring bröstet på grund av vätskeansamling i vävnader som leder till dålig cirkulation. Vidare beskrivs det att detta beror på att lymfvätska inte automatiskt dräneras, vilket resulterar i smärta, tunghetskänsla i armarna, samt obehag. Det är därför viktigt med hudvård och fysisk aktivitet efter operation för att undvika komplikationer (Sund, 2021, s. 217). Sun och Armer (2019) beskriver att bandage och andra kompressionstekniker är användbar för att minska svullnaden och för att öka cirkulationen. Inom omvårdnadsperspektiv kan dessa fysiska symtom förstås som en del av patientens sjukdomslidande, där kroppen ger upphov till begränsningar och obehag i det dagliga livet (Ciria-Suarez et al., 2021). Andra komplikationer, såsom infektioner och blödningar, kan ytterligare förstärka denna känsla av sårbarhet (Ciria-Suarez et al., 2021; Sun & Armer, 2019).

Sjuksköterskans ansvar vid komplikationer innefattar kliniska uppgifter såsom riskidentifiering, smärtlindring samt bedömning av hud- och sårstatus (Franklin et al., 2024). För att dessa åtgärder ska upplevas som stödjande krävs en fungerande vårdrelation, där sjuksköterskans närvaro, empati och ett aktivt lyssnande skapar trygghet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 79–80). Omvårdnadshandlingar såsom bandagering och hudvård är inte enbart tekniska moment. Det är också tillfällen för sjuksköterskan att bekräfta patientens upplevelse och lindra det lidande som uppstår när hälsotillståndet förändras (Ciria-Suarez et al., 2021). Patienten bör stå i centrum vid informationsdelning kring egenvårdsåtgärder och förebyggande strategier (White et al., 2021). Genom att anpassa informationen efter kvinnornas individuella behov kan sjuksköterskan stärka patientens känsla av delaktighet och kontroll (Gagné et al., 2022). Om patienten däremot upplever att oro för komplikationer ignoreras eller känner sig osynlig, riskerar ett vårdlidande att uppstå, vilket kan leda till ökad sårbarhet och lidande (Berg & Lepp, 2022, s. 378–379; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 79–80; Nyström, 2019, s. 468–475). Att inkludera patientens perspektiv vid hantering av komplikationer är därför nödvändigt för att främja hälsa och välbefinnande (Qin et al., 2025).

1.3.2. Konsekvenser till följd av bröstcancerdiagnos

Bröstcancerdiagnosen och behandlingen medför omfattande socioekonomiska och sociala påfrestningar, vilket främst innebär förändring i det sociala livet och dagliga ansvarsområden (Al-Azri et al., 2024). Bland de negativa konsekvenserna är påverkan på relationer, förändringar i kroppen

och en försvagad känsla av samhörighet. Sjukdomens allvar kan även väcka existentiella frågor relaterade till närstående och ansvar, vilket skapar ett behov av att upprätthålla en så stabil vardag som möjligt. I vissa miljöer kan stigma och sociala eller kulturella påfrestningar leda till isolering. En konsekvens av detta är valet att dölja sjukdomen, tystnad eller distansering från andra, vilket kan medföra försenad beslutsfattning vid vårdsökande. I sådana situationer blir sociala band särskilt viktiga, att omgivningen visar förståelse och erbjuder stöd (Al-Azri et al., 2024).

Bröstcancer kan även medföra ekonomisk press, och innebär både direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader avser behandlingskostnad, medan indirekta kostnader omfattar uppgifter såsom transport (Olvera et al., 2025). Den ekonomiska belastningen kan ibland leda till felprioriteringar, framför allt vid dålig prognos och bristande resurser eftersom familjens behov anses vara viktigare. Detta i sin tur hindrar eller försvårar följsamhet av rekommenderade behandlingar. Vidare påverkas den ekonomiska situationen av vårdstrukturen som finns tillgänglig i landet, till exempel om vården är offentlig eller privat (Meacham et al., 2016). Ålder och utbildningsnivå är dessutom viktiga faktorer i hanteringen av bröstcancer (Al-Azri et al., 2024; Meachacham et al., 2016; Olvera et al., 2025). Olvera et al. (2025) belyser att unga vuxna kvinnor ofta befinner sig i en särskilt utsatt position, med unika behov och en förhöjd risk för finansiell belastning. Utmaningarna som unga överlevare möter skiljer sig tydligt från de äldre kvinnorna, såsom oro kring framtida fertilitet och möjligheten att bilda familj, karriär, samt överlevnad. Behandlingar som mastektomi och kemoterapi kan påverka livskvaliteten både kort-och långsiktig (Al-Azri et al., 2024). Utbildningsnivå har även stor betydelse för hantering och förståelsen av sjukdomen, där högre utbildningsnivå innebär större chans till överlevnad eftersom de ofta deltar i stödprogram och följer rekommendationer (Al-Azri et al., 2024; Meacham et al., 2016; Socialstyrelsen, 2023b). Det är nödvändigt för sjuksköterskor att vara medvetna om de negativa konsekvenserna av bröstcancersjukdomen för att kunna erbjuda en god och jämlik vård utifrån individens behov och önskan.

1.4. Slutenvård

Enligt Socialstyrelsen (2024b) är slutenvård när patienten skrivs in på sjukhus och en vårdplats blir tillgänglig till patientens förfogande, detta kallas för ett vårdtillfälle. Slutenvård innefattar hälso- och sjukvård som ges till patienter vars tillstånd inte kan tillgodoses inom öppenvård eller via hemsjukvården. Slutenvård definieras av Sveriges riksdag i hälso- och sjukvårdslagen som hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], SFS 2017:30, 2 kap, 4 §). Vidare betonar patientlagen att en patient som skrivs ut från slutenvården ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, samt om målsättningen är att patienten ska få insatser från exempelvis socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppenvården. Ifall informationen finns ska patienten få uppgifter om vem deras fasta vårdkontakt är och tidpunkt för när samordning av individuell planering ska genomföras, samt uppgifter om befintliga planer kring vård och omsorg efter utskrivningen (Patientlag, SFS 2014:821, 3 kap, 2 b §).

1.4.1. Vårdmiljön inom slutenvården

Den fysiska miljön inom slutenvården omfattar inredning, belysning, ljud, sjukhusutrustning och andra material (Cucuzzella et al., 2024). Gemensamt skapar dessa egenskaper en miljö som ska vara säker, funktionell, ren och lätt att orientera sig i, samt vara utformad för att främja en välfungerande vårdmiljö som stödjer återhämtning (Cucuzzella et al., 2024). Inom slutenvården kan arbetet kännetecknas av påfrestningar både för sjuksköterskor och anhöriga (Lyu et al., 2024). Arbetet domineras av starka känslor samtidigt som situationerna kan vara långvariga och oförutsägbara. Sjuksköterskor möter lidande och sorg dagligen, vilket kräver självreglering och uthållighet. Forskning indikerar att olika faktorer kan påverka sjuksköterskornas upplevelser negativt och därmed bidra till känslor av otillräcklighet (Magham Nasir & Mahmoudirad, 2022).

Anhöriga kan även utsättas för psykiska påfrestningar där oro, nedstämdhet och trötthet är vanliga reaktioner vid svåra familjesituationer (Johansen et al., 2018). Kulturella normer och förändringar i familjestrukturen kan förstärka ansvarskänslan och den emotionella belastningen (Kusi et al., 2020). Den affektiva dimensionen genomsyrar hela vårdmiljön, vilket innebär att både sjuksköterskor och anhöriga berörs av de känslor som uppstår i vårdprocessen. Arbetsbelastningen inom slutenvården är betydande och inverkar på både sjuksköterskor och anhöriga. Sjuksköterskors arbete omfattar medicinska, psykosociala och etiska uppgifter, vilket är både krävande och ansvarsfylld (Johansen et al., 2018). Sjuksköterskor inom slutenvården har en skyldighet att förhålla sig till sitt ansvar att utföra uppgifter enligt gällande riktlinjer samtidigt som de också ska rapportera brister i arbetsmiljön (Wazqar, 2018).

Etiska överväganden är även en viktig aspekt av sjuksköterskans arbete inom slutenvården och kräver en ständig balansgång mellan professionell kompetens och mänsklig medkänsla (Johansen et al., 2018). Sjuksköterskor upplever stress främst i situationer där begränsade resurser eller strikta riktlinjer hindrar dem från att erbjuda den vård de anser nödvändig att ge (Moghadam Nasir & Mahmoudirad, 2022). I dessa situationer är etisk reflektion och dialog inom vårdteamet av stor vikt för att bevara såväl den yrkesmässiga integriteten som det personliga välbefinnandet. Anhöriga ställs också inför etiska dilemman, vilket ofta är kopplade till kulturella och moraliska värderingar samt förväntningar, särskilt när vården upplevs som bristfällig (Kusi et al., 2020).

Anhörigas närvaro inom slutenvården kan innebära både stöd och påfrestning. Forskning visar att familjens engagemang kan bidra till trygghet, sinnesnärvaro och ett mer samordnat samarbete mellan medlemmarna i vårdteamet (Lyu et al., 2024). Närstående erbjuder ofta praktisk hjälp, vilket kan avlasta sjuksköterskan och främja en mer helhetsinriktad vård (Johansen et al., 2018). Sociala normer gällande anhörigas delaktighet kan även väcka stress och känslor av otillräcklighet inom vården (Kusi et al., 2020). Därför behöver sjuksköterskor upprätthålla professionella gränser och reflektera över hur anhörigas medverkan kan stödjas på ett sätt som främjar både den lidande individen och personalens välbefinnande. Ett gott samarbete mellan vårdpersonal och anhöriga bidrar till en trygg arbetsmiljö samt respektfull vårdmiljö, som i sin tur höjer vårdkvaliteten.

1.5. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

1.5.1. Riktlinjer och grundläggande mänskliga rättigheter

WHO beskriver sjuksköterskeyrket som självständig och samverkande vård av individer i alla åldrar, grupper och gemenskap, oavsett hälsotillstånd och i alla typer av vårdmiljöer (WHO, 2024b). I rollen ska sjuksköterskan främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa, hantera funktionsnedsättningar, lindra lidande och bidra till patientens välbefinnande och livskvalitet i livets slutskede (Svensk sjuksköterskeförening, 2024b, s. 3). Sjuksköterskor arbetar även i frontlinjen med sjukdomsförebyggande insatser och vid vårdinrättningar, vilket innefattas av hälsofrämjande insatser, prevention, behandling och rehabilitering. Oftast är sjuksköterskor den första och ibland den enda vårdpersonal en patient möter, därmed är kvaliteten på den initiala bedömningen och fortsatta vård avgörande för goda hälsoutfall. WHO betonar vidare att varje land ska ha kompetenta, engagerade, jämlik fördelade och understödda vårdpersonal som en del av den globala satsningen på allmän hälso- och sjukvård, där sjuksköterskor spelar en central roll i dessa insatser (WHO, 2024b). *United Nations* (UN) eller FN utgav år 1948 en universell deklaration av grundläggande mänskliga rättigheter, där en gemensam standard för alla folkgrupper och varje nation ska följas och skyddas (United Nations, u.å.). Artikel 25 i de grundläggande mänskliga rättigheterna poängterar allas rätt till en adekvat levnadsstandard för den egna hälsa och välmående med tillgång till hälso- och sjukvård (United Nations, u.å.).

1.5.2. Sjuksköterskans kompetensområde

Svensk sjuksköterskeförening (2024a, s. 4) beskriver att en legitimerad sjuksköterskans specifika kompetens omfattas av ett självständigt ansvar för omvårdnad och patientnära arbete med en humanistisk människosyn. Det innebär även evidensbaserad kunskap inom medicin och beteendevetenskap, med ett etiskt förhållningssätt enligt International Council of Nurses (ICN) eller etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2024b, s. 3). Genom att stödja patientens närvaro samt bistå när deras egna resurser inte är tillräckliga utför sjuksköterskor individanpassade vårdhandlingar för att förbättra eller stödja patientens hälsa. För kvinnor som vårdas för bröstcancer inom slutenvården innebär detta ofta behov av både medicinska och emotionellt stöd (Ciria-Suarez et al., 2021; Franklin et al., 2024).

Nyström (2019, s. 468–475) förklarar en central del av omvårdnaden är vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient. Syftet är att skapa en process som främjar hälsa och välbefinnande. Vårdrelationen kan vara kortvarig eller långvarig och kännetecknas av empati, respekt, tillgänglighet och lyhördhet för patientens situation. Holistisk förståelse är nödvändigt för att relationen ska präglas av ett ömsesidigt förtroende (Berg & Lepp, 2022, s. 378–379). Genom en fungerande vårdrelation kan trygghet skapas, vilket har betydelse för hur patienter upplever vården och sin möjlighet till delaktighet. Bröstcancerpatienter har ett stort behov av omsorg och av kontinuerlig vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2024a, s. 5–7).

Sjuksköterskans arbete ska dessutom präglas av värdegrund för omvårdnad som utgår från de mänskliga rättigheterna; respekt för människors lika värde och en personnära omvårdnadsetik. Detta innebär patientens självbestämmande, integritet och värdighet, människors värderingar, ålder, kön och sociala förhållanden (Svensk sjuksköterskeförening, 2024b, s. 3). I rollen har sjuksköterskor självständigt omvårdnadsansvar att säkerställa god, jämlik och säker vård genom kärnkompetenser som personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad praxis, kompetensutveckling för kvalitetsutveckling och informatik. Ledarskap och pedagogiska insatser är även viktiga delar av yrkesrollen, och omvårdnadsarbetet struktureras enligt omvårdnadsprocessens steg (Svensk sjuksköterskeförening, 2024a, s. 4).

Socialstyrelsen (2024) benämner följande legitimerade yrken inom hälso- och sjukvårdspersonal där det bland annat ingår sjuksköterska, läkare och fysioterapeut. I Sverige understryks yrkesgrupperna av Sveriges riksdag (Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, SFS, 1998:531, 2 kap, 2 §). Inom slutenvården arbetar flera legitimerade yrkesgrupper som besitter specifika yrkes- och kompetenskrav. Sjuksköterskan har ett självständigt yrkesansvar inom slutenvården, vilket bland annat innefattar omvårdnadsansvar bestående av planering, genomförande och utvärdering av vårdplaner. De har även medicinska uppgifter och ansvarar för dokumentation och samverkan med andra yrkesgrupper för att säkerställa en säker vård (Socialstyrelsen, 2021).

1.5.3. Hållbar utveckling – målet att främja hälsa

I Sverige betonas folkhälsopolitikens målområde 8 vikten av hälso- och sjukvårdens roll i förebyggande och hälsofrämjande arbetet för att åstadkomma en god och jämlik hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2023, s. 1). Centrala insatser inom detta område är bland annat samtal om levnadsvanor samt riktade hälsoundersökningar och screeningprogram för att förebygga sjukdomar som bröstcancer. Målområdet är också kopplat till flera av de globala målen som ingår i Agenda 2030, däribland mål 3 som syftar till att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar (Globala Målen, 2024). Global mål 3 omfattas av flera delmål med anknytning till hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete, samt allmän jämlik vård för alla. Delmål 3,8 handlar om att tillgängliggöra grundläggande god och säker sjukvård för alla, oberoende av ekonomiska bakgrund. Vidare belyser delmål 3,4 arbetet mot att minska förtidigt dödsfall till följd av icke smittsamma sjukdomar, som exempelvis bröstcancer, samt att främja psykisk hälsa och välbefinnande (Globala

Målen, 2024). Dessa mål betonar sjuksköterskans omvårdnadsansvar inom hälso- och sjukvården, bland annat hälsofrämjande arbete med ett etiskt förhållningssätt gentemot mänskliga rättigheter.

1.5.4. Kontaktsjusköterskans ansvar vid omvårdnad för bröstcancer

Regionala cancercentrum i samverkan (RCC) poängterar att en kontaktsjuksköterska har det övergripande ansvaret för patienten och även deras närstående under hela vårdkedjan (RCC, 2025). Uppdraget innefattas av bland annat särskilt tillgänglighet, omvårdnadsansvar, kontinuerlig kommunikation om kommande steg i vårdprocessen, samt att förmedla och erbjuda stöd med andra yrkesgrupper. Målet med detta är att stärka kommunikation och informationsutbyte mellan patient och vårdinsatser, verkställa tillgänglighet, stärka trygghet och kontinuitet samt främja patientens möjlighet till att vara delaktig i sin egen vård. Vidare skapar kontaktsjuksköterskan även trygghet för närstående och arbetar för att tillgodose deras behov genom att samverka med exempelvis kurator (Amir et al., 2004). För att uppnå en jämlik och god cancervård uppmanas varje verksamhet att säkerställa beskrivning av kontaktsjuksköterskans uppdrag. Vid vård av kvinnor med bröstcancer betonas kontinuitet och samordning av vårdinsatser, där kontaktsjuksköterskan har en central roll genom att fungera som stöd och kontaktperson genom vårdförloppet (RCC, 2025). Kontinuitet kan bidra till ökad trygghet och förståelse, samtidigt som bristande kontinuitet riskerar att påverka patientens upplevelser av vården.

Trots tydliga riktlinjer och definierade kompetensbeskrivningar är det inte alltid självklart hur omvårdnaden upplevs av kvinnor med bröstcancer inom slutenvården. Vårdrelationer och personcentrerad omvårdnad lyfts som centrala delar av sjuksköterskans uppdrag, men hur dessa implementeras och upplevs kan variera beroende på vårdmiljö, sjukdomsförlopp och individuella behov. Eftersom mötet med vårdpersonal ofta sker under en period av fysisk och psykisk sårbarhet blir bemötande och stöd särskilt betydelsefullt (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 79–80). Samtidigt finns det begränsad kunskap om patienters upplevelser inom denna kontext, vilket motiverar en fördjupad förståelse av omvårdnaden ur patientperspektivet.

1.6. Bärande begrepp

1.6.1. Lidande

Eriksson (2001) beskriver lidande inom vården i tre delar. Sjukdomslidande orsakas av sjukdomen, kroppsliga symtom och medicinska konsekvenser som uppkommer till följd av behandlingar, undersökningar eller medicinska ingrepp. Det handlar om hur själva sjukdomen direkt påverkar hälsan ur ett medicinskt perspektiv. Livslidande innebär den inre och existentiella påverkan som uppstår när livet förändras, vilket kan leda till förlorad känsla av identitet, framtidstro och förändring av självbild. Vårdlidande orsakas av vårdsituationen, exempelvis bemötande eller strukturer inom vården. Gemensamt för dessa typer av lidande beskrivs livet som betydelsefullt, där identitet och bemötande kan påverkas inom vården (Eriksson, 2001).

Arman (2022, s. 167–171) beskriver att lidande kan vara den personliga upplevelsen av att det har inträffat något besvärligt. Det som kan orsaka lidande är bland annat smärta, sjukdom eller existentiella frågor. Lidande är en naturlig del av livet och kan variera från person till person. Sjukdomslidande kan ha påverkan på den fysiska, psykiska och sociala hälsan på grund av livsförändring eller smärta. Lidande är ett viktigt begrepp inom vården som används för att identifiera problemet. Följaktligen tolkas lidande som en grundläggande aspekt i vårdandet och är en vägledning för vårdpersonal. Medvetande av lidande kan skapa mer holistisk och individanpassad vård, med hänsyn till både det kroppsliga och själsliga behovet. Lidande kan uttryckas genom kroppsspråk, signaler och beteendeförändringar. Observationer och tolkningar av lidandets kroppsliga uttryck används för att styra vårdinsatser, utföra omvårdnadsåtgärder och behandling (Arman, 2022, s. 167–171).

Vidare beskriver Arman (2012, s. 185–191) lidande som både ett verb och ett substantiv. När det förstås som ett verb syftar det på att uppleva smärta, genomgå svårigheter eller uthärda lidande. Till exempel kan uttrycket "lider av en form av sjukdom" indikera en koppling mellan lidandet och den specifika sjukdomen. När lidande beskrivs som ett substantiv ligger fokus snarare på den mänskliga upplevelsen, där individens känslor och erfarenheter av smärta står i centrum snarare än en specifik orsak. Lidande är ett centralt begrepp inom vården och en integrerad del av hälsans olika aspekter, där främsta målet är att lindra lidande. Vidare är lidande en ofrånkomlig del av livet, något som varje individ upplever på ett unikt sätt, vilket bidrar till att forma både personen själv och dennes omgivning (Arman, 2012, s.185–191).

1.7. Problemformulering

Bröstcancer är den cancerformen som är mest vanligt förekommande hos kvinnor i Sverige och är även en av de vanligaste cancerformerna i världen, vilket utgör en betydande folkhälsoutmaning. Varje år diagnostiseras miljontals kvinnor med sjukdomen och trots medicinska framsteg inom diagnostik och behandling finns det fortfarande stora utmaningar. Faktorer som socioekonomiska skillnader, begränsad tillgång till vård och kulturella barriärer påverkar tidig upptäckt och prognosen. Detta i sin tur kan leda till försämrade behandlingsresultat. Bröstcancerdiagnosen och behandling kan innebära både fysiska och psykiska påfrestningar för de drabbade kvinnorna. Genom en holistisk vård beaktas patienten som en helhet, med personliga behov. Befintliga behandlingsmetoder som ges inom slutenvården som kirurgi, kemoterapi och strålning kan medföra biverkningar och komplikationer som påverkar livskvalitet. Att vara sjuk innebär utmaningar för individen och i mötet med sjukvården vid hantering av sjukdomen, behandling, samt återhämtning.

Trots riktlinjer och tydliga omvårdnadsansvar inom slutenvården finns det begränsad kunskap om hur kvinnor med bröstcancer upplever den omvårdnad de får. Patientens subjektiva upplevelser kan påverkas av både vårdens organisatoriska rutiner och den fysiska miljön, vilket riskerar att tillgodose endast delar av patientens behov. En fördjupad förståelse av patientperspektivet är därför nödvändigt för att belysa hur vården kan främja trygghet, delaktighet och välbefinnande. Denna studie syftar därför till att sammanställa kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården för att identifiera kunskapsluckor och bidra till en mer individanpassad vård.

2. SYFTE

Syftet med denna studie var att presentera, beskriva och sammanställa en syntes av kvalitativa studier som beskriver kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården.

3. METOD

3.1. Design

För att besvara studiens syfte att beskriva kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården har en kvalitativ allmän litteraturstudie framställts. Enligt Polit och Beck (2021, s. 82) är en allmän litteraturstudie lämplig för att erhålla en översiktlig förståelse inom ett område i syften att presentera, beskriva och sammanställa en syntes av aktuellt kunskapsläge. Detta innebär att information har samlats in från befintliga forskningsstudier med relevans för studiens syfte, vilka därefter har granskats för att kartlägga kunskapsluckor. Forsberg och Wengström (2016, s. 44) förklarar att en kvalitativ ansats används vid beskrivning av människans subjektiva upplevelser av ett fenomen. Denna ansats är homogen med denna studie eftersom syften var att förstå samt beskriva kvinnornas upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården. Studien genomfördes enligt Polit och Beck (2021, s. 85) niostegsmodell för litteraturstudier. Modellen medförde en strukturerad studieprocess från problemidentifiering till syntes, och innebär även ökad reproducerbarhet vilket förstärkte studiens transparens. Modellen redovisas översiktligt i **Figur 1.** Studien initierades med **steg ett**, genom att identifiera ett problemområde och formulera ett syfte.

Figur 1. *Niostegsmodellen av Polit och Beck (Polit & Beck, 2021, s. 85). Författarna har fritt översatt till svenska.*

3.2. Urval

Steg två enligt niostegsmodellen består av en utformning av sökstrategi för att effektivt kunna hitta relevant vetenskapliga forskningsstudier relaterade till det formulerade syftet (Polit & Beck, 2021, s. 86). Syftet med urvalet var att möjliggöra kartläggning av endast forskningsstudier som besvarar studiens syfte. En gemensam sökning av allmän information relaterade till studiens syfte utfördes på olika databaser för att undersöka kunskapsläget samt för att betrakta möjliga sökord och eventuella kriterier. Genom diskussion identifierades sökord med relevans till studiens syfte. Därefter utfördes testsökning av nyckelorden “breast cancer”, “patient experiences” och “nursing care”. Vidare har egenskaper relevanta till studien använts som inklusionskriterier (se **Tabell 1**). Forsberg och Wengström (2016, s. 127) beskriver att urvalsmetoder används för att öka möjligheterna att förklara, beskriva samt skapa förståelse för det valda problemområdet.

Kärnpunkterna som inkluderats var forskningsstudier som beskriver kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården. Samtliga studier som inkluderades skulle även vara originala forskningsstudier med en kvalitativ ansats, med tillgänglig abstrakt, vara skrivna på engelska, samt ha ett etiskt godkännande. Genom att inkludera ett brett urval av forskningsstudier med ett globalt

perspektiv och med kvinnor av olika åldrar breddades litteraturstudiens möjligheter att beskriva och förstå kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården. Vidare inkluderades endast studier som var peer-reviewed, vilket innebär forskningsstudier som har kritiskt granskats av en eller flera forskare, som bedömt om forskningen bör godkännas för publikation (Polit & Beck, 2021, s. 796). Genom att begränsa publikation mellan årtalen 2015–2025 undersöktes endast uppdaterade forskningsstudier om fenomenet i fråga, vilket i sin tur gav upphov till en mer fokuserad, omfattande och trovärdigt studieresultat. Innehåll av forskningsstudier som publicerades innan 2015 kan eventuellt innehålla information som är mindre relevant i förhållande till dagens vårdpraxis.

Begränsningarna som implementerades var bland annat exklusion av studier med kvantitativa ansats samt litteraturöversikter, eftersom dessa utgör sekundärkällor. Kvantitativa studier exkluderades eftersom studiens syfte var att sammanställa kvalitativa studier med fokus på kvinnors upplevelser av omvårdnad, vilken även motiverade valet av en kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2021, s. 46). Forskningsstudier som beskrev andra upplevelser exkluderades, då det ej besvarade studiens syfte.

Tabell 1: *Inklusions- och exklusionskriterier med tillhörande kategori.*

Kategori:	Inklusionskriterier:	Exklusionskriterier:
Population	Kvinnor i alla åldrar med bröstcancer och deras upplevelser av omvårdnad inom slutenvård	Andra än kvinnor med bröstcancer och deras upplevelser av omvårdnad inom slutenvården
Sjukdomsstadium	Alla stadier av bröstcancer	Kvinnor som är friskförklarade
Vårdkontext	Alla typer av slutenvårdsmiljö	Öppen vård och hemsjukvård
Geografi	Kvinnor från alla länder	-
Metod	Kvalitativ ansats	Kvantitativ ansats eller mixad metod
Publikationsår	2015–2025	Innan 2015
Kvalitet	Peer-Reviewed studier	Ej peer-reviewed
Språk	Engelska	Andra språk
Etik	Etiskt godkännande	Forskningsstudier som saknar etiskt godkännande
Tillgänglighet	Tillgänglig abstrakt	Avsaknad av abstrakt

3.3. Datainsamling

Steg två av niostegsmodelen innefattades även av identifiering och val av lämplig databas och sökord (Polit & Beck, 2021, s. 86). Forsberg och Wengström (2016, s. 64–65) understryker att databaser som Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] och Public Medline [PubMed] är särskilt lämpliga vid forskning inom medicin och omvårdnad, vilket är i enlighet med studiens syfte. Genom användning av Karolinska Institutets svenska MeSH [Medical Subject Headings] och CINAHL subject headings identifierades relevanta sökord samt dess synonymer. Utifrån studiens syfte samt textsökningen som utfördes, valdes nyckelorden “bröstcancer”, “upplevelser”, “slutenvård” och “omvårdnad”. Tre av dessa nyckelord kunde översättas till engelska genom svenska MeSH till “breast neoplasms”, “hospitalization” och “nursing care”. Ordet upplevelser översattes till “experiences” på engelska med hjälp av Google Översätt. Synonymer till de valda sökorden fanns även tillgängliga på svenska MeSH och CINAHL subject headings, vilka har bidragit med en bredare sökningsresultat. Detta

steg möjliggjorde dessutom förståelsen för det mest lämpliga tillvägagångsättet vid sökning av forskningsstudier, och val av sökord har förfinats gemensamt under detta steg. Genomförandet av sökningar och dokumentation med utgångspunkt av de valda databaser, nyckelord och begränsningarna skedde i **steg tre** (Polit & Beck, 2021, s. 85). Detta steg bestod av sökning av primärkällor eller vetenskapliga forskningsstudier. Sökmatriser till de två valda databaser, CINAHL och PubMed skapades i detta steg för dokumentation av sökresultat (se Bilaga I och II).

Booleska operatorn "OR" användes mellan sökorden i databassökningen för att expandera sökningen med synonymer, medan booleska operatorn "AND" begränsar sökningen då varje sökord som kombinerats i sökblocken ska föreligga i sökträffen. Användning av trunkering eller ordstamssökning med en asterisk "*" tillämpades för att ytterligare bredda en sökning genom att söka på en ordstam och inkludera så många varianter som möjligt av ett ord. Citattecken (") tillämpades för att säkerställa att sökningar på ordkombinationer i databaserna gav sökresultat på de exakta fraserna och inte förekomst av enskilda ord (Polit & Beck, 2021, s. 89–90). En gemensam databassökning utfördes på enskilda privatdator vid Södertörns Bibliotek, detta gjordes eftersom databassökningar gjorda på bibliotekets nätverk ger tillgång till fler forskningsstudier. För att identifiera studier som beskriver kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården användes sökorden relaterade till bröstcancer, patientupplevelser och slutenvård.

3.3.1. Databassökning på CINAHL

Sökningar som utfördes på CINAHL databas har dokumenterats i *Bilaga I*. Sökorden som användes var MH "Breast Neoplasms", "Breast cancer*", "Patient experience", "lived experiences", "Patient Perspective", MH "Inpatients", "Hospitalization" och "Nursing care*". En inledande sökning av de valda sökorden utfördes utan några begränsningar. Genom användning av booleska operatorn "OR" mellan varje sökorden har närliggande synonymer kunnat kombinerats i samma sökblock, vilket resulterade i ett mer omfattande sökresultat. Exempelvis kombinerades synonymerna [MH "Breast Neoplasms" OR "Breast cancer*"] i sökblock "S1" (se Bilaga I). Kombinationen i sökblock "S1" genererade ett bredare resultat där sökningen innehöll något av sökorden som inkluderades, alltså MeSH termen "Breast Neoplasms" eller "Breast cancer" eller "Breast cancers".

Sökblocken S1-S4 representerar enskilda sökningar som utfördes för att kartlägga träffvolym på varje sökblock. En sammansatt sökning av samtliga sökblock utfördes sedan med booleska operatorn "AND", vilket gav inga resultat. Därefter genomfördes sökning av olika kombinationer av sökblocken. Detta resulterade i den slutliga kombinationen av sökblock "S1" och "S2" som visas i *Bilaga I* som "S1 AND S2 = S5". Den slutliga söksträngen i CINAHL utgjordes av: (MH "Breast Neoplasms" OR "Breast cancer*") AND ("Patient experience" OR "lived experiences" OR "Patient Perspective"). Den totala träffar efter kombinationen av sökblock "S1" och "S2" tillsammans med de första avgränsningar gav 63 möjliga sökträffar. Avgränsningar innefattades av förbestämda exklusions- och inklusionskriterier, bland annat studier skrivna på engelska med publicerings år 2015-2025 (se Bilaga I). I detta steg lästes samtliga 63 titlar och varje abstrakt screenades gemensamt enligt **steg fyra.** Rubriker och abstrakt som ansågs vara otillräckligt relevant i förhållande till studiens syfte eller inte uppfyllde inklusionskriterier har även exkluderats under detta steg. Avslutningsvis lästes **nio** forskningsstudier i sin helhet där en genomgång och diskussion av innehåll skedde enligt **steg fem**, och slutligen bedömdes **fyra** forskningsstudier med störst relevans till syftet inkluderats för vidare analys (Polit & Beck, 2021, s. 85).

3.3.2. Databassökning på PubMed

Sökningar som utfördes på PubMed databas har dokumenterats i *Bilaga II*. Likt sökningen i CINAHL, för att hitta studier som besvarade studiens syfte användes sökorden Breast cancer, Patient experiences, Hospitalization, och Nursing care. En inledande testsökning av de valda sökorden utfördes utan några begränsningar. Under testsökningen av varje sökord upptäcktes det att MeSH termer gav ett mer

begränsat sökresultat än fritextsökning, likaså med tillämpandet av booleska operatorn “OR” och citattecken, därmed har de inte tillämpats. Sökblocken S1-S4 representerar därför enskilda sökningar av varje sökord, och utfördes för att kartlägga träffvolym för varje sökblock (se Bilaga II). En sammansatt sökning av samtliga sökblock utfördes sedan med booleska operatorn “AND”. Totala träffar efter kombinationen av samtliga sökblock "S1 AND S2 AND S3 AND S4” tillsammans med de initiala avgränsningarna gav 345 möjliga sökträffar. Avgränsningar innefattades av förbestämda exklusions- och inklusionskriterier, bland annat studier skrivna på engelska med publicerings år 2015-2025 (se Bilaga II). I detta steg lästes samtliga 345 titlar gemensamt enligt **steg fyra** och rubriker som ansågs sakna relevans i förhållande till studiens syfte eller inte uppfyllde inklusionskriterier exkluderades. Därefter kvarstod 49 abstrakt som screenades gemensamt och de forskningsstudierna som ansågs vara otillräckligt relevanta i förhållande till studiens syfte eller inte uppfyllde inklusionskriterier exkluderades. Avslutningsvis lästes **nio** forskningsstudier i sin helhet. En genomgång och diskussion av innehåll skedde gemensamt enligt **steg fem**. Slutligen bedömdes **sju** forskningsstudier som bäst uppfyllde inklusionskriterierna samt i förhållande till syftet inkluderats för vidare analys (Polit & Beck, 2021, s. 85).

3.3.3. Exkluderade och inkluderade forskningsstudier

Studierna som exkluderats har ej uppfyllt inklusionskriterierna och vissa hade en mixad ansats samt fokuserade inte på patientens upplevelser. Detta bedömdes först genom läsning av titlar och sedan screenades abstraktet och resultatet för att fastställa att forskningsstudierna handlade om kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården. Genom att läsa de valda relevanta forskningsstudierna i **steg fem** har författarna kunnat föra en diskussion kring studierna vilket ledde fram till **steg sex** där sortering och sammanställning av innehåll kunde ske. Slutligen har 18 forskningsstudier lästs i sin helhet. Totalt återstod **elva** forskningsstudier som bäst uppfyllde inklusionskriterier, och som bedömdes vara relevanta för syftet gått vidare till analys. Under detta steg har en gemensamt artikelmatris skapats och där den övergripande sammanställning av varje vald studie kartlagts. Artikelmatrisen kännetecknas av en summering av relevant information om forskningsstudiernas författare, år, tidskrift, land, rubrik, syfte, metod och resultat (se Bilaga III).

3.4. Dataanalys

3.4.1. Kvalitetsgranskning

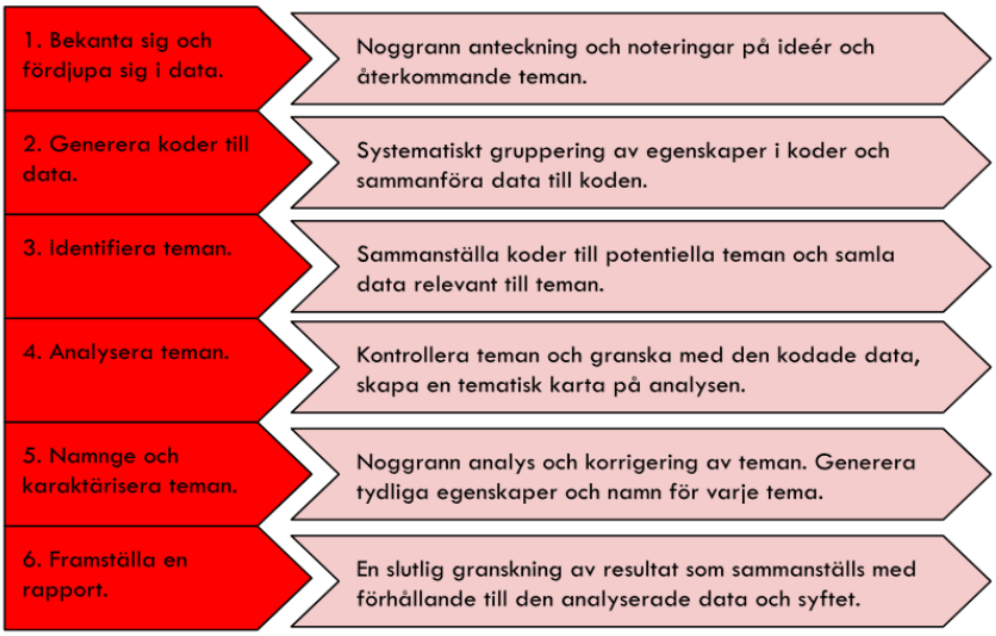
Kvalitetsgranskning av dem kvarstående elva utvalda vetenskapliga forskningsstudierna genomfördes enligt **steg sju** av niostegsmodellen. Syftet med kvalitetsgranskning var att bedöma om de inkluderade studierna uppfyllde tillräckligt hög kvalitet för att användas i den fortsatta analysen och ligga till grund för en syntes av resultat.

Processen genomfördes stegvis. Inledningsvis granskade författarna forskningsstudier separat vilket möjliggjorde individuella bedömningar. Därefter har kvaliteten på de utvalda studierna jämförts och efter gemensam diskussion uppnåddes konsensus kring den slutliga kvalitetsnivån för varje studie. Med stöd av Forsberg och Wengströms (2016, s. 203–207) checklista för kvalitativa artiklar innehållande ett antal frågeställning har kvalitetsgranskningen genomförts (se Bilaga IV). Checklistan kännetecknas av frågor om studiens tydlighet angående syftet, vilka metoder som använts, urvalskriterier, dataanalysen, resultatens trovärdighet och eventuella brister eller bias som diskuterats (Forsberg & Wengström, 2016, s. 143–144). Vidare kontrollerades att samtliga studier var peer-reviewed i enlighet med studiens inklusionskriterier. Strukturen på kvalitativa forskningsstudier kännetecknas av det konventionella ***IMRAD*** formatet bestående av ***I****ntroduction,* ***M****ethods,* ***R****esults,* och ***D****iscussion* (Polit & Beck, 2021, s. 56). Vidare kontrollerades om forskningsstudierna var godkända av en etisk kommitté. Slutligen redovisades kvalitetsnivån för respektive studie i artikelmatrisen (se Bilaga III). Av de elva granskade studierna bedömdes tio hålla hög kvalitet, medan studie nummer nio bedömdes ha medelhög kvalitet.

3.4.2. Tematisk analys

I **steg åtta** analyserades innehållet i de inkluderade vetenskapliga forskningsstudierna för att identifiera och kartlägga teman. Detta innebar en induktiv analys, ett tillvägagångssätt där en teori om ett fenomen bygger på beskrivningar och tolkningar av specifika observationer (Forsberg & Wengström, 2020, s. 137). Polit och Beck (2021, s. 97) beskriver att i samband med att relevant material i de utvalda studierna identifierats behövs det en strategi för sortering av informationen.

Analysen av innehållet och identifiering av teman genomfördes genom en tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006) 6-stegsmodell som beskrivs i **Figur 2**. Metoden är reflexiv i sin variant, vilket innebar att författarna har aktivt reflekterat över sin egen förståelse och roll i analysen. Mönster och teman identifierades, analyserades och kartlades. Den reflexiva tematisk analys betonar systematisk tematisering av data och författarnas medvetna tolkning av resultatet. Genom att följa faserna har författarna studerat samt kartlagt återkommande upplevelser i forskningsstudierna, vilka därefter identifierades som teman. Braun och Clarke (2006) förespråkar även för tematisk analys på grund av dess flexibilitet vid kvalitativ forskning. Med stöd av artikelmatrisen (se Bilaga III) rekommenderas användning av tabeller eller matris vid informationssamling för granskning och analysering av data (Polit & Beck, 2021, s. 100). Liknande matriser beskrivs vara likt den som används vid tematisk analys eftersom principen sker på liknande sätt. Med andra ord kan artikelmatrisen fungera som ett verktyg vid framställning av data och användas som en övergripande presentation av viktiga aspekter som framkommit i de utvalda forskningsstudierna (Polit & Beck, 2021, s. 100).



Figur 2. *6-stegsmodellen av Braun och Clarke (2006). Författarna har fritt översatt till svenska.*

3.4.3. Genomförande av tematisk analys

I **fas ett** enligt Braun och Clarke (2006, s. 87) modell för tematisk analys har en konsekvent läsning av de inkluderade forskningsstudierna gjorts för att skapa familiaritet med materialets innehåll. Denna fas genomfördes individuellt. Författarna läste samtliga studier i sin helhet upprepade gånger, samtidigt som stödanteckningar fördes konsekvent. Detta var avgörande eftersom förståelsen av och fördjupad bekantskap med materialets innehåll och dimensioner möjliggjorde att förekomst av återkommande mönster blev tydliga och identifierades som potentiella teman (Braun & Clarke, 2006, s. 87). I **fas två**

omvandlades relevanta rådata excerperat från samtliga forskningsstudiernas resultatdelar. Dessa dataextrakt komprimerades och tilldelades kodetiketter som fungerade som sammanfattande markörer för att märka ut innebörden av specifika segment i datamaterialet. Polit och Beck (2021, s. 97) belyser vikten av dataextrahering som en del av dataanalysen där anknytning mellan rådata från forskningsstudierna länkas till det framställda syntes som presenteras i resultatavsnittet. Koderna användes således för att strukturera datamaterialet och möjliggjorde gemensam jämförelse av återkommande mönster mellan studierna.

Nästkommande del i analysprocessen var **fas tre** där kodetiketterna sammanställdes gemensamt till möjliga teman. Under fas tre diskuterade författarna om möjliga teman som identifierades under den individuella genomläsningen. Genom att börja med breda tema identifierade författarna potentiella huvud- och subtema, samtidigt beaktades temans relevans till studiens syfte att beskriva kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården. Huvudtema avsågs representera ett mer övergripande och sammanhållet mönster som fångade centrala dimensioner av kvinnors upplevelser i relation till studiens syfte. Subtema utgjorde grupperingar av närliggande koder som beskrev en gemensam aspekt av deltagarnas upplevelser. Framtagna teman justerades utifrån datamaterialet och mot slutet av processen skulle hela rådata kunnats kopplas till minst ett tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89-90). Genom att börja med ett flertal alternativa teman har författarna kunnat granska och utvinna olika alternativ under **fas fyra.** Bruan och Clarke (2006, s. 91) framför att teman ska granskas för att kontrollera lämplighet gentemot den kodade data och för att uppdaga ifall de framtagna teman krockar med varandra, är ej relevanta, bör sammansättas eller delas upp som undertema. Vidare belyser även Braun och Clarke (2006, s. 91-92) vikten av ett sammanhängande mönster i det framtagna teman.

Granskningen av framtagna teman skedde i två steg under fjärde fasen och innebar att kodetiketterna analyserades gemensamt för att kontrollera att innehållet passade in under de valda teman (Braun & Clarkes, 2006, s. 91). Under följande fas betraktades vissa tema sakna bredd medan vissa kodetiketter saknade relevans gentemot teman. Genom diskussion blev olika teman sammansatta för att öka bredden på teman och därifrån framtogs huvudtema. Slutligen framställdes sex förfinade teman bestående av två huvudteman och fyra subteman enligt **fas fem** i Braun och Clarke (2006, s. 92). Teman som inkluderades, namngavs och sorterades i **Tabell 2**. Följande fas innebar även genomgång av varje tema för att kontrollera att de hade klar inriktning, detta för att granska att teman inte var för komplexa. Genomförandet av fas fem enligt modellen för tematisk analys var fundamental för en strukturerad analys av de framtagna teman. Detta möjliggjorde en logiskt och begriplig presentation av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 92).

Avslutningsvis, i **fas sex** av Braun och Clarke (2006, s. 87) modell för tematisk analys presenterades analysens resultat i förhållande till det sammanställda datamaterialet och studies syfte genom en strukturerat syntes av de teman som identifierats under analysprocessen. Resultatet av denna studie presenterades slutligen i enlighet med **steg nio** av niostegsmodellen under resultatavsnittet (Polit & Beck, 2021, s. 85).

Tabell 2: Exempel på analysprocessen enligt Braun och Clarke (2006, s. 87)

Dataextrakt	Kodetikett	Subtema	Huvudtema
"Some informants described receiving adequate preoperative information, whereas most believed that information on possible risks was insufficient, although some had difficulty remembering the extent of the information. One informant stated that she received contradictory information from the breast surgeon and the plastic surgeon, and another felt that the doctors knowingly toned down the risks" (Weick et al., 2023).	Patienter uppgav motstridig information och upplevde att läkarna tonade ner riskerna.	En sammanhållen vårdresa som skapar trygghet och överblick	Att bli sedd och förstådd i mötet med vården
"In previous work it has been shown that BCN's are important sources of information and support for women who have completed their treatment, with continuity of care and building a trusting relationship shown to be important factors that patients value about contact with BCN's (Beaver et al., 2010; Beaver et al., 2009)" (Beaver et al., 2016).	Bröstcancersjuksköterskor (BCN) är en viktig resurs hos kvinnor som avlutat sin behandling. Kvinnorna värderade kontinuitet i vården och möjlighet att bygga förtroendefull relation till sin BCN.	Att lämnas i ovisshetens dimma vid fragmenterad kommunikation	Att bli sedd och förstådd i mötet med vården
"Being met with respect and personal recognition was a prerequisite for decision-making and management of treatment, care and self-care" (Boman et al., 2018).	Att mötas med respekt var avgörande vid beslutsfattning och hantering av behandling, vård och egenvård.	Att lämnas i ovisshetens dimma vid fragmenterad kommunikation	Att bli sedd och förstådd i mötet med vården
"Survivors who had a strong source of emotional support experienced fewer physical symptoms and a better mental state" (Khajoei et al., 2024).	De med starkt emotionellt stöd upplevde mindre fysiska symptom och hade bättre psykisk hälsa.	Att bli emotionellt buren genom empati, stöd och bekräftelse	Mötets betydelse för identitet och existentiell återhämtning
"Few participants perceived that they had received support from HCP's while undergoing chemotherapy, especially in relation to psychological support" (Beaver et al., 2016).	Få patienter upplevde att de fick det stöd och omsorg de behövde under behandling, särskilt psykologiskt stöd.	Känslan av utlämnandet när rutiner går före personlig omsorg	Mötets betydelse för identitet och existentiell återhämtning

3.5. Etiska aspekter

Etiska överväganden är en grundläggande del av omvårdnadsforskning och en förutsättning för att skydda deltagarnas integritet, värdighet och rättigheter. I denna litteraturstudie har författarna granskat samtliga inkluderade forskningsstudier avseende om de blivit etiskt prövade och godkända av relevant etikkommitté. En sådan prövning innebär att forskningspersonernas autonomi, integritet samt fysiska och psykiska trygghet har beaktats i enlighet med etablerade etiska riktlinjer (Forsberg & Wengström, 2016, s. 59). Vidare betonar Polit och Beck (2021, s. 131) att etiska principer vägleder hela forskningsprocessen och bidrar till att forskning genomförs på ett ansvarsfullt, transparent samt respektfullt sätt för deltagarna. En av de mest betydelsefulla internationella riktlinjerna är Helsingforsdeklarationen, framtagen av World Medical Association [WMA] (2024). Den fungerar som en global norm för forskning som involverar människor och understryker krav på informerat samtycke, skydd av sårbara grupper, risk- och nyttoanalys samt principen att deltagarnas välbefinnande alltid ska gå före forskningsintresset. Dessa riktlinjer har starkt påverkat modern forskningsetik och ligger till grund för etikkommittéernas bedömningar (WMA, 2024).

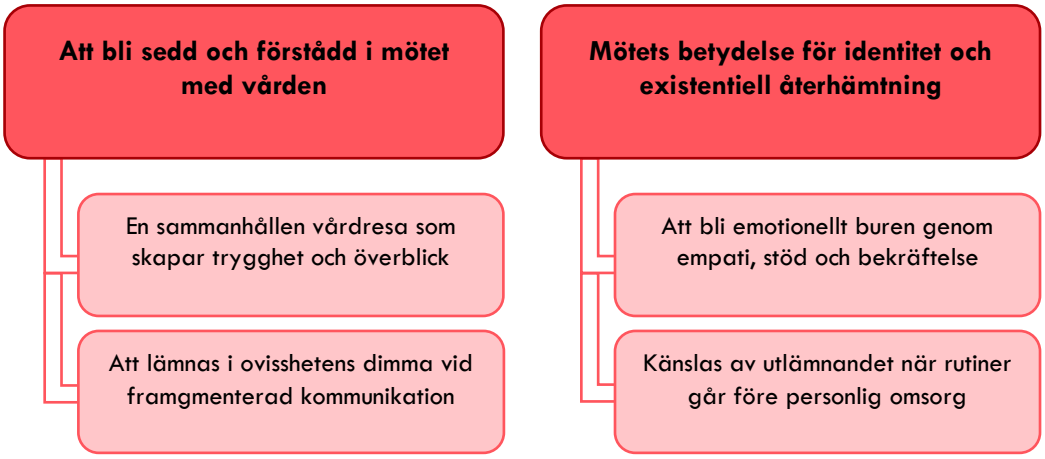
Forskningsstudierna som ingår i denna litteraturstudie är peer-review-granskade, vilket innebär att oberoende forskare har bedömt studiernas vetenskapliga kvalitet och etiska genomförbarhet innan publicering. Detta bidrar till att det material som analyseras är tillförlitligt och håller hög vetenskaplig standard (Vetenskapsrådet, 2024). Vidare har arbetet genomförts i enlighet med Vetenskapsrådets fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Genom att endast inkludera forskningsstudier som uppfyller dessa krav, kontrolleras att deltagarna i originalstudierna fått tillräcklig information, lämnat frivilligt samtycke, haft sin identitet skyddad och att insamlade data endast använts för forskningsändamål. Även de etiska principer som återfinns i ICN:s etiska kod har beaktats, där respekt för individens värdighet och självbestämmande betonas (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Eftersom denna studie är en allmän litteraturstudie och inte innefattar egen datainsamling från människor, krävs ingen etikprövning. Författarna har dock reflekterat över det egna ansvaret att förhålla sig etiskt till det material som analyserats. Det innebär att resultat och citat från originalstudierna måste återges korrekt och inte ryckas ur sitt sammanhang samt tolkas med respekt för de individer som deltagit i studierna. För att ytterligare stärka studiens vetenskapliga noggrannhet och minimera risken för språkliga feltolkningar har författarna översatt och noggrant granskat centrala delar av de engelskspråkiga artiklarna med stöd av ett engelskt lexikon. Detta utgör ett kvalitetsförstärkande steg för att granska korrekt och tillförlitlig förståelse av artiklarnas innehåll. Under hela arbetets gång har författarna beaktat alla viktiga etiska aspekter samt strävat efter hög etisk medvetenhet, vetenskaplig noggrannhet och respekt för deltagarna i de primära studierna. Genom att följa etablerade forskningsetiska riktlinjer, kritiskt granska materialet och eftersträva att analysen genomförts på ett transparent, ansvarsfullt och etiskt hållbart sätt har författarna förstärkt arbetets tillförlitlighet. Författarna har konsekvent eftersträvat följsamhet i referenshantering enligt APA 7, en vedertagen standard inom vetenskapligt skrivande. Detta för att uppnå korrekt källredovisning, vilket bidrar till att upprätthålla studiens vetenskapliga och etiska kvalitet samt ger originalförfattarna erkännande (Forsberg & Wengström, 2016, s. 5–7).

4. RESULTAT

4.1. Metodologisk karaktär och kvalitet för inkluderade studier

Syftet med denna allmänna litteraturstudie var att presentera, beskriva och sammanställa en syntes av kvalitativa studier som beskriver kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården. Resultatet grundades på elva kvalitativa original vetenskapliga forskningsstudier som efter kvalitetsgranskning bedömdes vara relevanta och uppfyllde studiens inklusionskriterier. De inkluderade forskningsstudierna har en bred geografisk spridning och har genomförts i Australien, Danmark, Kina, Iran, Japan, Nya Zeeland, Storbritannien, och Sverige. Datainsamlingsmetoderna i samtliga studier utgjordes av intervjuer, där både individuella intervjuer och semistruktrerade intervjuer användes för att fånga upp kvinnornas subjektiva upplevelser. Vid den systematiska kvalitetsgranskningen bedömdes tio av studierna hålla hög kvalitet, medan en studie bedömdes ha medelhög kvalitet. Totalt inkluderade de analyserade studierna 212 deltagare. Antalet deltagare i de enskilda studierna varierade mellan sju och 38 personer. Deltagarna i forskningsstudierna som analyserats inkluderade kvinnor av olika åldrar, från olika delar av världen med olika sjukdomsfas, och som genomgått olika behandlingar. Genom en strukturerad process har dataanalysen framställts med stöd av tematisk analys enligt Braun och Clarkes 6-stegsmodellen (2006, s. 87). Slutligen genererades två Huvudteman och fyra Subteman enligt **Figur 3**.



Figur 3: *Huvudtema och Subtema*

4.2. Resultat av tematisk analys

4.2.1 Huvudtema 1: Att bli sedd och förstådd i mötet med vården

Detta huvudtema beskriver den centrala rollen som kommunikation spelar för att främja trygghet och kontinuitet i vården av kvinnor med bröstcancer. En sammanhållen och tydlig kommunikation utgör en grundläggande förutsättning för att patienter ska uppleva närvarande trygghet, tillgänglighet och ett respektfullt bemötande från vårdpersonalen. Kommunikationens kvalitet har därför en direkt påverkan på både vårdens effektivitet och patientens upplevelser av vården, som i sin tur är grundläggande för att kunna skapa trygghet och kontinuitet. Dessutom är kommunikation fundamentalt för att tillhandahålla vård av hög kvalitet och säkerhet. När brister uppstår riskerar patienters behov och prioriteringar att försummas. En god vårdrelation har emellertid en betydande effekt på patientens vårdprocess och behandling, vilket leder till ett positivt resultat (Khoshnazar et al., 2016).

4.2.2. Subtema 1a: En sammanhållen vårdresa som skapar trygghet och överblick

Kvinnornas upplevelser av trygghet i omvårdnaden beskrevs i relation till kommunikationen och kontinuiteten i mötet med vårdpersonalen. Det framkom att kommunikation framställdes som en nödvändig faktor som effektiviserade behandlingen. Dessutom nämnde kvinnorna att kommunikationen gav trygghet när den byggdes på tillit och respekt, vilket i sin tur ledde till ett gott bemötande under vårdtiden. Vidare beskrev deltagarna att tillit var en grundläggande faktor i alla relationer eftersom det minskade deras rädsla och ångest (Khosnazar et al., 2016). Deltagarna uttryckte att sjuksköterskans närvaro bidrog till känsla av trygghet samt för att bibehålla moralen. Den fysiska närvaron och tillgängligheten hos vårdpersonalen, speciellt sjuksköterskor uppfattades som betydelsefulla (Khoshazar et al., 2016; Komatsu et al., 2016). Flera patienter uttryckte att sjuksköterskans engagemang och närvaro vid omvårdnadstiden framställdes som en faktor som gav de lugn och bidrog till återhämtning (Khoshnazar et al., 2016). Det framkom att när patienterna fick träffa samma vårdpersonal underlättades deras förståelse för sjukdomen (Engqvist Boman et al., 2018; Khoshnazar et al., 2016).

Flera av kvinnorna poängterade att vårdpersonalens respektfulla bemötande och bekräftelse hade betydelse för deras trygghet och delaktighet. Vidare beskrev de att denna trygghet gjorde det möjligt för dem att dela sin berättelse och ställa frågor (Engqvist Boman et al., 2018). Flera patienter uttryckte att de uppskattade när sjuksköterskorna var tillgängliga, gav snabba svar och skapade kontinuerlig uppdatering (Frost et al., 2024; Smith et al., 2022). Deltagarna som hade fått en ny diagnos av metastaserad bröstcancer rapporterade ett bemötande som skapade trygghet i det första ögonblicket, samt att de upplevde en känsla av lugn och vänskap (Smith et al., 2022). Kvinnorna rapporterade att ansikte mot ansikte konsultationer underlättade för dem att uttrycka sina känslor och de kände stöd (Brown et al., 2018). Vidare beskrev de att tillgång till en person som var lätt att kontakta och som hade tillräckligt med tid vid viktiga skeden i sjukdomsförloppet underlättade kommunikationen (Smith et al., 2018).

4.2.3. Subtema 1b: Att lämnas i ovisshetens dimma vid fragmenterad kommunikation

Resultatet visade att bristfällig, otydlig och otillräcklig information påverkade deltagarnas möjligheter att förstå sina behandlingsalternativ samt hantering av sjukdomen. Inadekvat information beskrevs som en betydande barriär för att inse tillgängliga valmöjligheter, vilket ledde till att flera upplevde sig nedslagna och riskerade att tappa hoppet längre fram under vårdtiden (Engqvist Boman et al., 2018). Deltagare beskrev en känsla av att vara förbisedda i vårdsystemet och att deras behov av stöd inte uppmärksammades, särskilt i kontakten med sjuksköterskor där vissa kände sig osynliga och upplevde att deras behov inte identifierades (Engqvist Boman et al., 2018; Smith et al., 2022).

Det framkom att det var utmanande för vissa sjuksköterskor att urskilja patientgruppen, samt att de inte kunde bedöma och hantera patienternas behov (Smith et al., 2022). Vidare framkom det att vid vissa vårdmöten hade vårdpersonalen tidsbrist och de saknade möjlighet att reflektera för att bearbeta informationen (Beaver et al., 2016). Deltagarna rapporterade att de träffade en bröstcancersköterska vid diagnosen, men att denna kontakt upphörde ofta fram tills att kemoterapin var avslutad, vilket de förhåller till att kontinuiteten avbröts. Deltagarna rapporterade att de ibland fick motstridig information från olika vårdgivare och kämpade med att förstå på egen hand genom att söka informationens budskap via nätet (Beaver et al., 2016). Kvinnorna uppgav att läkarna ibland tonade ned riskerna och framställde vissa ingrepp som enklare och snabbare än vad de var, i stället för att förklara på ett begripligt sätt (Weick et al., 2023). De betonade växelvis att deras grundförutsättning för autonomi saknades, och fick därmed inte möjligheten att förstå risker och fördelar med en intervention. Vidare poängterade de att kommunikation var otydlig, svårt att förstå eller var inte

anpassat till deras nivå, vilket upplevdes som orättvist, ojämlikt och bristfälligt avseende anpassning av information (Weick et al., 2023).

Vidare framkom det att vid diagnostillfället fokuserade vårdpersonalen på att behandla sjukdomen och hade begränsad tid att ge information om långsiktiga kirurgiska konsekvenser, vilket ledde till oroligheter hos patienterna (Thestrup Hansen et al., 2022). Vissa deltagare framförde att de saknade preoperativ konsultation, och kunde själva inte förstå värdet av en sådan förrän det var för sent (Brown et al., 2018). Samtliga deltagare uppgav att de inte hade fått information om vad de kunde förvänta sig och att de önskade mer kunskap om hantering av biverkningar samt om balans i kosten (Khajoei et al., 2024). Det framkom att brist på information bidrog till osäkerheten kring vilka symtom som var normala, samt vilken enhet de skulle kontakta vid oro eller rädsla (Beaver et al., 2016). Kommunikationsbrister framkom också i samband med hur vissa läkare bemötte patienterna och kvinnorna upplevde att de uppvisade dåligt humör (Khoshnazar et al., 2016).

4.3.1. Huvudtema 2: Mötets betydelse för identitet och existentiell återhämtning

De psykosociala behoven är nödvändiga eftersom bröstcancerpatienter ofta befinner sig i ett stort behov av existentiellt och psykologiskt stöd. Känslan av maktlöshet uppstår till följd av sjukdomen och behandlingen, vilket kräver mycket kraft och skapar en känsla av instabilitet. Patienterna befann sig ofta i ständig rädslan för sjukdomsåterfall även efter behandling, vilket också leder till att de lever med en djupare upplevelse av sårbarhet (Khoshnazar et al., 2016). Utöver de psykologiska utmaningarna tillkommer även fysiska symtom såsom smärta, trötthet och värmevallningar (Khajoei et al., 2024). Flera patienter beskrev också att deras liv plötsligt rubbades och de tappade känslan av kontroll, vilket gjorde att de kände sig överväldigade samt lättirriterade (Komatsu et al., 2016).

4.3.2. Subtema 2a: Att bli emotionellt buren genom empati, stöd och bekräftelse

Ett framträdande resultat i studien var kvinnornas beskrivning av stöd och empati som centrala delar av omvårdnaden. Många kvinnor beskrev positiva erfarenheter av vården och lyfte fram hur sjuksköterskors förmåga att skapa tillit, erbjuda lugnande stöd och ge utrymme för att bli lyssnade på hade stor betydelse för deras psykiska välbefinnande (Brown et al., 2018; Khoshnazar et al., 2016; Smith et al., 2022). Det blev tydligt att även närvaro utan specifika åtgärder kunde ha en starkt positiv inverkan på deras upplevelse av trygghet och omvårdnad.

Respektfulla och individanpassade möten uppfattades som grundläggande för att kvinnorna skulle känna sig sedda som personer med unika behov. Denna typ av bemötande gav dem möjlighet att vara delaktiga både i sin behandling och i beslut kring den fortsatta vården (Engqvist Boman et al., 2018). Flera kvinnor beskrev att stöd från vårdpersonalen, i kombination med lyhördhet och öppenhet, ökade deras förståelse för egenvård och stärkte deras känsla av kontroll över situationen (Engqvist Boman et al., 2018; Khoshnazar et al., 2016; Smith et al., 2022). Relationen mellan patient och vårdpersonal lyftes fram som särskilt betydelsefull. En vårdrelation präglad av respekt och tillit beskrevs som en avgörande faktor för att minska rädsla och ångest samt skapa en mer positiv vårdupplevelse (Khoshnazar et al., 2016). Flera kvinnor underströk att ett respektfullt och personligt bemötande var en förutsättning för att våga delta i behandlingsbeslut och för att uppleva sig som en aktiv partner i sin egen vård (Engqvist Boman et al., 2018). Sjuksköterskans kontinuerliga närvaro framstod som en central del av det stöd som kvinnorna värdesätter.

Det framkom att empatiska stöd från vårdpersonalen skapade hopp, lugn och bidrog till en känsla av trygghet genom hela sjukdomsförloppet (Frost et al., 2024; Khoshnazar et al., 2016). Ett empatiskt och sympatiskt bemötande uppfattades dessutom påverka både det fysiska och psykiska måendet positivt (Engqvist Boman et al., 2018; Brown et al., 2018; Khoshnazar et al., 2016; Smith et al., 2022). Kvinnorna uppskattade särskilt när vårdpersonalen tog sig tid att lyssna och visa förståelse för deras

individuella behov (Engqvist Boman et al., 2018; Khoshnazar et al., 2016; Komatsu et al., 2016). Tillgängligheten hos sjuksköterskorna beskrevs som viktig för kvinnornas återhämtning.

Kvinnorna upplevde att sjuksköterskornas stöd kompletterade läkarens insatser och omfattade både praktiska moment och psykosocialt stöd (Engqvist Boman et al., 2018). Emotionellt stöd kopplades även till minskade fysiska symtom och förbättrat mentalt mående (Khajoei et al., 2024). Inför och efter operation upplevde flera kvinnor att sjuksköterskor erbjöd både praktisk hjälp och emotionellt stöd, vilket gjorde behandlingsprocessen mer hanterbar (Brown et al., 2018; Smith et al., 2022). Även vårdmiljön beskrevs som en viktig del av det psykosociala stödet. En stödjande atmosfär och terapeutiskt förhållningssätt från vårdteamet bidrog till både fysisk och psykisk återhämtning. Att dela rum med andra kvinnor som genomgått mastektomi upplevdes som värdefullt, eftersom det skapade möjligheter till gemensamt utbyte av erfarenheter och känslomässigt stöd (Frost et al., 2024). Kvinnorna beskrev vidare att vardagliga omvårdnadshandlingar från personalen gav tröst, stärkte självförtroendet och underlättade hantering av både sjukdomen och vardagen (Komatsu et al., 2016). Många upplevde dessutom att deras välbefinnande förbättrades när vårdpersonalen uppmärksammade och lyfte deras personliga styrkor (Yan et al., 2022).

Kroppens betydelse för identiteten framkom särskilt efter operation, där kvinnor rapporterade att vårdpersonalens stöd hjälpte de att anpassa sig till en förändrad kropp och utveckla en ny självbild. Det psykosociala stödet under vårdtiden ansågs öka både självkänsla och social trygghet (Thestrup Hansen & Willemoes Rasmussen, 2022). Deltagarna uttryckte att familjemedlemmar, partners och barn var värdefull källa till deras emotionella stöd. Vidare nämnde de att vårdpersonalen samt familjestöd minskade deras fysiska och psykologiska symtom såsom ångest och depression. Utöver detta poängterades att de som saknade fysiskt stöd från familjen hade svårigheter att uppfylla sina dagliga behov (Beaver et al., 2016; Khajoei et al., 2024).

4.3.3. Subtema 2b: Känslan av utlämnandet när rutiner går före personlig omsorg

Vissa deltagare rapporterade att frånvaro av sjuksköterskor kunde leda till upplevelser av bristande omsorg, vilket skapade ensamhet och ångest (Khoshnazar et al., 2016). Resultatet visade att isolering till följd av förändringar i det dagliga livet ledde till depression, ensamhet och känslor av utanförskap (Komatsu et al., 2016; Smith et al., 2022). Vidare rapporterade patienterna brist på stöd och kände sig ensamma i kampen mot komplikationer och smärta, vilket ledde till stress, ångest och förlust av hopp (Khajoei et al., 2024). Det framkom att vissa kvinnor upplevde att deras psykosociala och emotionella behov inte tillgodoses. Ett fåtal kvinnor uppgav att inom en akut slutenvårdmiljö prioriterades oftast de fysiska behoven framför det psykosociala och emotionella behoven. Vissa sjuksköterskor fokuserade enbart på uppgifter såsom kontroll av sår och vitalparameter utan hänsyn eller erkännande av den emotionella aspekten av operationen (Frost et al., 2024).

Det framkom även att vissa deltagare var motvilliga att använda larmklockan på grund av rädsla att störa sjuksköterskorna, rutiner eller öka arbetsbelastningen. Kvinnorna beskrev ett påfallande lidande och uttryckte att de saknade den personliga omsorgen som behövdes för att hantera känslomässiga konsekvenserna av mastektomi behandling (Frost et al., 2024). Dessutom nämnde de att möten med sjuksköterskor utan cancerspecifik kompetens och med begränsad förståelse för biverkningar av kemoterapibehandling hade orsakat mycket bekymmer (Beaver et al., 2016). De beskrev vidare innebörden av att genomgå en toxisk kemoterapibehandling, att det är en snabb övergång från att vara en frisk individ till att vara sjuk. Deltagarna uppgav att denna förändring kunde vara svår för oerfarna sjuksköterskor att uppmärksamma (Beaver et al., 2016).

Kvinnorna påpekade dessutom att den fysiska vårdmiljön påverkade deras återhämtningsprocess, särskilt när det gällde att dela rum med andra efter kirurgiska ingrepp (Frost et al., 2024). Den yngre och medelålders åldersgruppen uppgav att de led av sjukdomen under sjukhusvistelsen. Samtidigt hade

de vardagliga ansvar som väntade, såsom jobb och familjeansvar att ta hand om barn. De uttryckte ett desperat behov av både andligt och psykosocialt stöd. De upplevde att stöd från vårdpersonalen var otillräckligt (Beaver et al., 2016; Khoshnazar et al., 2016). Resultatet indikerade även att kvinnorna vid vissa vårdmöten upplevde att de behandlades som objekt och att deras psykosociala behov inte togs på allvar (Weick et al., 2023). De rapporterade även att bröstcancerdiagnosen och behandlingen påverkade dem psykiskt. Fortsättningsvis beskrev de att de inte fick stöd förrän krispunkten var uppnådd och de uppvisade allvarliga besvär. Parallellt med detta beskrev de att vårdpersonalen ibland underskattade deras personliga styrkor, vilket i sin tur påverkade deras återhämtningsprocessen under sjukhusvistelsen (Yan et al., 2022).

Därutöver visade resultatet att patienter kunde befinna sig i ett fortsatt tillstånd av akut kris flera månader eller flera år efter diagnos (Thestrup Hansen et al., 2022). Kronisk smärta framkom som en av de mest besvärliga biverkningarna och påverkade livskvaliteten, vilket ledde till individuellt lidande (Khajoei et al., 2024; Weick et al., 2023). De uttryckte att det psykosociala stödet kom sent i processen, samt behovet av stödjande samtal betonades som viktigt men att det upplevdes som att tiden för detta saknades (Smith et al., 2023; Weick et al., 2023). Vidare uppgav deltagarna att brist på tid hos vårdpersonalen ansågs som ett hinder, särskilt när de behövde stöd i existentiella och känslomässiga frågor (Smith et al., 2022). När det psykosociala behovet inte beaktades beskrev de att konsekvenser ledde till minskade belåtenhet med vården, med ökade känslor av ångest och nedstämdhet (Khajoei et al., 2024; Smith et al., 2022; Weick et al., 2023).

5. DISKUSSION

5.1. Metoddiskussion

För att granska metodologiska kvalitet i en kvalitativ studie är det avgörande att arbeta systematiskt med tillförlitlighet och därmed används en metoddiskussion för att diskutera metodologiska övervägande under studiens gång. Lincoln och Guba (1994, refererad i Polit & Beck, s. 569-570) beskriver ett ramverk för att bedöma trovärdigheten på kvalitativa studier, vilket omfattas av fem centrala kriterier: *credibility (trovärdighet), dependability (pålitlighet), confirmability (verifierbarhet), transferability (överförbarhet)* och *authenticity (autenticitet)*. Dessa kriterier användes för att belysa både styrkor och svagheter i genomförandet av denna litteraturstudies tillvägagångssätt.

Lincoln och Guba (1994, refererad i Polit & Beck, s. 569) betonar att det övergripande målet vid kvalitativ forskning är **trovärdigheten.** Detta innebär att själva studien innehåller egenskaper som främjar fyndet samt redovisar detta på ett trovärdigt sätt och beaktar integritet. **Pålitlighet** betecknas av stabilitet eller vederhäftighet i den presenterade datan över tid och under olika förhållanden, där trovärdighet inte kan uppnås utan pålitlighet. Det tredje kriteriet, **verifierbarhet**, hänvisar till studiens objektivitet i tolkningar av data, som ska vara oberoende av forskarnas personliga antaganden eller bias. Lincoln och Guba (1994, refererad i Polit & Beck, s. 570) påpekar att **överförbarhet** handlar om ett ansvar att tillhandahålla läsaren tillräckligt detaljerade data för att kunna bedöma ifall studiens resultat går att appliceras i annan kontext. **Autenticitet** hänvisar till vilken omfattning en studie presenterar deltagarnas verklighet och sanningsenliga upplevelser.

Studiens syfte var att presentera, beskriva och sammanställa en syntes av kvalitativa studier som beskriver kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården. Genom att tillämpa en kvalitativ allmän litteraturstudie med induktiv ansats har författarna kunnat svara på studiens syfte. Ett kvalitativt tillvägagångssätt innebär att studien har genomförts med induktiv ansats där resultatet baseras på en holistisk och nyanserad beskrivning av kvinnornas upplevelser, erfarenheter och känslor (Forsberg & Wengström, 2020, s. 44). Detta ökar trovärdigheten på studien eftersom det inte hade varit likvärdigt att framställa erfarenheter med en kvantitativ ansats. En allmän litteraturstudie valdes eftersom det ansågs vara mest lämplig vid framställning av det valda problemområdet. Vidare eftersträvade författarna frånvaro av bias, vilket är en önskvärd egenskap vid en litteraturöversikt och innebar att, genom ett systematiskt tillvägagångssätt säkra att egna värderingar uteslöts och att författarna var opartiska. Eftersom denna studie genomförts metodologiskt av två personer har risken för bias kunnat minskats avsevärt, vilket sin tur ökade verifierbarheten.

Om studien hade genomförts som en kvalitativ intervjustudie, hade en större närhet till datamaterialet kunnat uppnås, då författarna själva hade intervjuat deltagarna och därigenom fått fördjupad förståelse för deras upplevelser (Polit & Beck, 2021, s. 510–512). Metodvalet påverkades även av etiska överväganden, eftersom forskning som involverar patienter betraktas som särskilt känslig och kräver omfattande forskningsetisk kompetens samt formell godkännande, vilket inte var möjligt inom ramen för detta arbete. Baserat på aktuellt kunskapsläge och ambitionen att sammanställa en så bred och inkluderande syntes som möjligt, bedömdes därför en allmän litteraturstudie som det mest ändamålsenliga valet. Enligt Lincoln och Guba (1994, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569) uppnås trovärdighet när metodval är väl anpassat till studiens syfte och ansats. Den valda metoden möjliggjorde syntes av resultat från ett brett urval av kvalitativa studier, vilket bidrog till en mer nyanserad förståelse av fenomenet och stärkte studiens överförbarhet. Samtidigt utgör avsaknaden av ny empiri en begränsning, vilket är en känd svaghet vid litteraturstudier.

Niostegsmodellen enligt Polit och Beck (2021, s. 85) har medfört en tydlig struktur där transparens har varit möjligt under studieprocessen. Genom kartläggning av befintlig kunskap från olika databaser har författarna kunnat systematiskt undersöka, presentera, analysera och sammanställa ett omfattande

resultat med stöd av Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodellen, vilket dessutom stärkte studiens trovärdighet. Detta bidrog även med möjlighet för läsaren att kunna följa studiens genomförande samt bedöma dess överförbarhet. Studiens verifierbarhet möjliggjordes genom en vaksam dokumentation av analysprocessen, där transparens vid redovisning av sök- och artikelmatris framförts, vilket i sin tur även bidrog till studiens trovärdighet samt autenticitet kring kvinnornas upplevelser. Redan vid första steget formulerades ett tydligt syfte för det problemområdet som skulle undersökas. Därefter har författarna kunnat följa modellen och systematiskt identifiera lämpligaste tillvägagångssättet vid sökning av forskningsstudierna.

Val av databaserna CINAHL och PubMed ansågs mest lämpliga då dessa täcker omvårdnadsstudier, vilket är i linje med denna studies utgångspunkter samt bidrar till studiens pålitlighet (Polit och Becks, 2021, s. 90–93). Sökorden relevant till studiens syfte översattes till engelska med hjälp av Svenska MeSH för att hålla enhetlighet och precision. Sökstrategin presenteras i sökmatrisen och genomfördes systematiskt enligt Polit och Beck (2021, s. 88-94) genom fritextsökning och MeSH-termer, samt användningen av booleska operatorer och trunkering. Detta gjordes för att minska risken att relevanta forskningsstudier exkluderades på grund av felanvändning av olika begrepp. Samtliga sökningar i respektive databas redovisas i varsin sökmatris, se *Bilaga I* och *Bilaga II*, vilket stärker studiens transparens och trovärdighet. Svagheter som uppmärksammades var att eventuella synonymer samt andra sökord med relevans till studiens syfte kunde inkluderats för att öka bredden ytterligare.

Endast forskningsstudier skrivna på engelska inkluderades i resultatet, vilket innebär en begränsning eftersom perspektiv och erfarenheter som presenteras i studier på andra språk har inte fångats upp. Detta kan påverka överförbarheten av resultaten till andra kulturella kontexter och vårdstrukturer. Samtidigt minskar språkavgränsningen risken för feltolkningar vid översättning, vilket stärker tolkningens precision och förståelsen av innehållet. Vidare inkluderades endast forskningsstudier som publicerades mellan 2015-2025 för att spegla dagens vård samt aktuella kunskapsläge om kvinnors upplevelser, vilket stärker denna studies autenticitet. En konsekvens av detta är att äldre erfarenheter och forskningsresultat som kan ha varit relevanta inte beaktats. Det är även aktuellt att poängtera att vetenskaplig evidens utvecklas kontinuerligt, vilket kan innebära att överförbarheten av denna studies resultat kan minskas med tiden.

Författarna har dessutom valt att inte tillämpa några geografiska avgränsningar för att kunna få mer omfattande förståelse av ämnet, vilket därmed stärkte studiens autenticitet och överförbarhet inom vårdkontexten slutenvården. En svaghet med att inte göra geografiska avgränsningar kan vara att kulturella och strukturella inflytande på kvinnornas upplevelser inte har beaktats som påverkande faktorer i förhållande till studiens syfte. De inkluderade forskningsstudierna har genomförts i Australien, Danmark, Iran, Japan, Kina, Nya Zeeland, Storbritannien och Sverige, vilket innebar en bred geografisk spridning i resultatet. Denna variation medförde möjligheten att belysa kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården i olika vård- och samhällskontexter, vilket bidrar till autenticiteten. Samtidigt kan skillnader i vårdsystemet, kulturella normer och organisatoriska strukturer påverka hur omvårdnaden upplevs, vilket bör beaktas vid tolkning av resultatets överförbarhet.

Resultatet på denna allmänna litteraturstudie grundades på elva kvalitativa vetenskapliga forskningsstudier, vilket är ett något begränsat antal data och innebär att det inte garanteras att varje perspektiv har inkluderats. Samtidigt har ett begränsat antal material som noggrant valts ut möjliggjort en mer fördjupad och gedigen analys, vilket kan ge en mer övergripande förståelse av ämnet. Samtliga inkluderade forskningsstudie utgjordes av intervjuer som datainsamlingsmetod, både individuella och semistrukturerade, för att fånga kvinnornas subjektiva upplevelser. Genom att endast inkludera forskningsstudier som genomgått peer-review processen samt fått etiskt godkännande granskades studiens kvalitet och etiska förankring. Med stöd av Forsberg och Wengströms (2020, s. 203-207) mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa forskningsstudier screenades att endast studier av hög eller medelhög kvalitet och relevans inkluderats. Detta kan ha bidragit till trovärdigheten och

pålitligheten av urvalet. Forskningsstudier med delvis relevans till denna studie inkluderades ändå eftersom de innehöll viktiga upplevelser och insikter som bidrog till att belysa studiens syfte. Eftersom studiens resultat grundas på redan publicerade vetenskapliga forskningsstudier har inga etiska risker för deltagare förelegat, dock har författarna förhållit sig till forskningsetiska principer genom att endast inkludera studier med etisk godkännande.

Genom att exkludera studier som beskrev andra perspektiv än kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården har författarna kunnat stärka pålitligheten och trovärdigheten av studiens syfte då fokus hålls på en homogen patientgrupp. Vidare beaktades exkludering av andra perspektiv som mäns upplevelser, kvinnor som är friskförklarade, kvinnor som behandlas på öppenvården eller hemsjukvården inte påverkat studiens trovärdighet eftersom syften är att beskriva inom kontexten slutenvården. Ålder och sjukdomsstadier har inte heller begränsats vid sökning för att få ett mer omfattande representation av kvinnors upplevelser inom vald vårdkontext, vilket därmed ökade autenticiteten. Författarna har betraktat att ålder och sjukdomsstadier kan i viss mån påverka kvinnornas upplevelser men att det samtidigt givit ett nyanserat perspektiv. Detta kan innebära en svaghet eftersom ålder och sjukdomsstadier kan påverka vårdupplevelsen.

Dataanalysen av utvalda material genomfördes enligt en etablerad metod för reflexiv tematisk analys som baseras på Braun och Clarke (2006, s. 87) 6-stegsmodell. Modellen redovisas under metodavsnitten i *figur 2* för att tydliggöra alla steg i modellen, vilket ökar pålitligheten. Analysmodellen har bidragit med ett systematiskt sätt att genomföra analysen, samt minskat risken för bias eftersom författarna läst utvalda forskningsstudier i sin helhet upprepade gånger och bekantat sig med materialet under flera steg. Detta ökar i sin tur studiens verifierbarhet. Metoden möjliggjorde en reflekterande och flexibel kartläggning av de återkommande mönster i kvinnors upplevelser, där data som extraherats togs ur sin kontext och översattes till kodetiketter. Därefter har dessa kodetiketter jämförts och diskuterats, och sedan sammansattes som potentiella teman (se Tabell 2). En svaghet i detta är eventuella fel i översättning från engelska till svenska, vilket innebar att kodetiketternas innebörd kan tolkas felaktig. Genom att använda lexikon och Google översättning kunde författarna minska risken för feltolkningar. För att uppnå autenticitet nyttjades dataextrakt på ett främjande sätt och författarna har formulerat de med hänsyn att framhäva kvinnors upplevelser.

Induktiv ansats har varit central eftersom förståelsen av innehållet och framtagningen av teman baseras på det kvinnorna beskriver, vilket även innebar att teman justerades och anpassades utifrån observerade mönster. Enligt Braun och Clarke (2006) är analysprocessen tidskrävande framför allt för oerfarna analytiker. Detta innebär en svaghet i analysprocessen eftersom författarna till denna studie hade begränsat med tid för att kunna få mer fördjupad förståelse för forskningsstudiernas innehåll. Analysprocessen underlättades genom anteckning på papperskopior av forskningsstudierna då fysiska kopior ansågs vara enklare att bearbeta samt att återkommande teman blev lättare att identifiera med hjälp av understrykningspennor. Vidare har tabeller likt *Tabell 2* under dataanalys avsnittet använts för att ge en överskådlig bild på alla återkommande teman. Genom dessa steg har författarna kunnat jämföra sina anteckningar och olika huvudtema och subtema har diskuterats och omformulerats gemensamt tills de ansågs vara sanningsenliga gentemot datamaterialet. Detta stärker studiens autenticitet och verifierbarhet.

Sammantaget visar metoddiskussionen att den valda metoden, kvalitativ allmän litteraturstudie med induktiv ansats har varit väl lämpad för att besvara studiens syfte. Metodens främsta styrkor grundar på konsekvent tillämpning av etablerade ramverk och analysmodeller. Den strukturerade niostegsmodellen enligt Polit och Beck (2021, s. 85) tillförde transparens och stabilitet under studieprocessen vilket stärkte studiens trovärdighet, pålitlighet och verifierbarhet. Reflexiv tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006) bidrog med en strukturerad och fördjupad syntes av kvinnors upplevelser, samtidigt har risken för egna tolkningar kunnat begränsats genom gemensamt analysarbete. Den induktiva ansatsen möjliggjorde att kvinnors upplevelser av omvårdnad vid

bröstcancer inom slutenvården framträdde ur materialet utan att styras av förutbestämda antaganden. Genom att endast inkludera kvalitativa, vetenskapligt granskade originalstudier med etiskt godkännande, kontrollerades att analysen baserades på relevant och etiskt försvarbar empiri.

Metodologiska svagheter som begränsar överförbarheten och bredden på resultaten kan förklaras av avsaknaden av egna empiriska data, språkavgränsning och det begränsade antalet inkluderade forskningsstudier. Detta har dock kunnat begränsats genom noggrann dokumentation av sökstrategi, urvalskriterier, kvalitetsgranskning och tydlig redovisning av metoden och analysprocessen vilket gav läsaren förutsättningar att bedöma resultatens tillförlitlighet i andra sammanhang. Avslutningsvis bedöms styrkorna i metodval överväga svagheterna, eftersom den möjliggjorde en nyanserad, etiskt förankrad och trovärdig syntes av befintlig kunskap. Metoden har följaktligen varit ändamålsenligt och anpassad till studiens syfte.

5.2. Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att presentera, beskriva och sammanställa en syntes av kvalitativa studier som beskriver kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården. Resultatdiskussionen belyser de centrala fynden i förhållande till tidigare forskning, samt genom att beakta teoretiska bärandebegrepp och sjuksköterskans professionella ansvarsområden.

5.2.1. Förutsättningar för tillit i vårdprocessen och när brister skapar sårbarhet

Resultatet visar att fungerande kommunikation och kontinuitet kan förstås som grunden för patienternas upplevelse av trygghet. Detta innebär att vården kan utformas som en mer förutsägbar och stödjande miljö mitt i en livskris, vilket möjliggör att patienten kan känna sig sedd som en individ. Bröstcancer är samtidigt en av de vanligaste cancerformerna globalt och i Sverige. Majoriteten av de kvinnor som drabbas blir därför beroende av en trygg och kontinuerlig vårdkedja genom hela sjukdomsförloppet (Socialstyrelsen, 2023b, Socialstyrelsen, 2024a). Metsälä et al. (2022) beskriver att kärnan i en framgångsrik vårdkedja innebär att rätt innehåll och snabb information ges i en takt som motsvarar patientens förmåga att tillgodogöra sig informationen. En stabil och hållbar relation med vårdpersonalen blir därmed grundläggande för upplevelsen av trygghet och tillit (Metsälä et al., 2022). Omsorg och stöd utgör centrala delar, vilket kan tolkas som en förutsättning för att främja hälsa och välbefinnande (Berg & Lepp, 2022, s. 378–379; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 79–80).

Kontinuitet inom bröstcancervård innebär att patienten regelbundet möter samma vårdpersonal. Detta kan möjliggöra en tillitsfull relation, där vårdpersonalen upplevs känna till patientens unika situation och där behov kan uttryckas (Aunan et al., 2019). Sjuksköterskan är en huvudkomponent i informationskedjan och behöver vara förberedd på att ge tydlig, praktisk samt tidig information (Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 4). Kontinuitet kan även underlätta förståelsen av sjukdom och behandling, vilket kan bidra till ökad stabilitet i vården samt minskar rädsla och ångest hos patienterna (Aunan et al., 2019). Samtidigt kan kontinuitet, trygghet och god kommunikation förstås som mer än ett bemötande fenomen. Detta kan tolkas som att även organisatoriska villkor har betydelse. Organisatoriska villkor påverkar huruvida kontinuitet kan uppstå. Brister kan kvarstå trots riktlinjer, eftersom kontinuitet kräver stabil bemanning, tid för samtal och fungerande informationsöverföring mellan yrkesgrupper. Dessa förutsättningar är ofta svåra att upprätthålla i en pressande slutenvårdmiljö (Johansen et al., 2018; Magham Nasir & Mahmoudirad, 2022). Även vid intentioner om personcentrerad vård kan praktiken bli fragmenterad, vilket kan försvåra möjligheten att bygga vårdrelationer över tid och leda till att kontinuitet bryts (Johansen et al., 2018; Magham Nasir & Mahmoudirad, 2022).

Trots tydliga riktlinjer och professionella rekommendationer framkommer att kontinuitet inte alltid förverkligas i praktiken. Detta kan förstås som en spänning mellan vårdens ideal och de institutionella

villkor som råder. Brister i kontinuitet framstår därmed inte enbart som en följd av bristande engagemang hos vårdpersonalen, utan tolkas som en konsekvens av strukturella begränsningar som påverkar möjligheten att arbeta i enlighet med riktlinjerna. Strukturella begränsningar kan delvis motverkas genom att ansvarsfördelning tydliggörs och en vårdplan skapas för patienten (Aunan et al., 2019; Metsälä et al., 2022). Sjuksköterskan kan fungera som en samordnande och återkommande kontaktpunkt, vilket kan bidrar till ökad stabilitet och trygghet även i en fragmenterad vårdmiljö (Metsälä et al., 2022).

Bröstcancerbehandling kan ge omfattande biverkningar såsom smärta, trötthet och infektionskänslighet (Plank & Palmgren 2022, s. 553–556). Detta understryker varför kontinuitet och tydlig information blir betydelsefulla för att hantera påfrestande situationer. Metsälä et al. (2022) nämner att sjuksköterskans ansvar består av rådgivning och uppföljning, vilket även kan förstås som en del av det sociala stöd som behövs. Om kontinuitet brister kan uppbyggnaden av en tillitsfull relation förhindras, vilket kan försvåra vårdtiden och bidra till ökad osäkerhet (Aunan et al., 2019; Tsianakas et al., 2012). Dessutom kan patientens initiativtagande minska, vilket i sin tur kan leda till en mer ensam återhämtning. Planering, uppföljning och tydlig information om var patienten kan vända sig kan minska oro samt depression (Aunan et al., 2019).

Hur kontinuitet och information upplevs kan dock påverkas av patientens individuella och sociala förutsättningar. Socioekonomiska faktorer, ålder, hälsolitteracitet, utbildningsbakgrund, kulturell bakgrund och familjesituation kan påverka hur information tas emot och hur vårdsystemet navigeras. Ifall dessa förutsättningar är begränsade kan möjligheten att förstå, bearbeta och använda information minska, vilket kan öka patientens beroende av vårdens stöd. Resultatet visar därmed att samma brister i kontinuitet och kommunikation kan få olika konsekvenser beroende på patientens förutsättningar och i vissa fall bidra till ökad sårbarhet i vårdmötet (Shim et al., 2016; Metsälä et al., 2022; Palmadottir, 2010).

Resultatet visar att oro för återfall är vanligt förekommande hos patienter med bröstcancer. Denna oro kan förstås som en konsekvens av bristande kontinuitet och otillräcklig uppföljning under vårdtiden. Metsälä et al. (2022) betonar att vårdkedjan riskerar att misslyckas om adekvat vård och uppföljning saknas. I sådana situationer kan även normala kroppsliga symtom tolkas som tecken på återfall (Aunan et al., 2019). Patienter med bröstcancer lever därför ofta med oro och rädsla för döden, särskilt kopplat till risken för återfall och sjukdomsspridning. När information från vården är otydlig och ekonomiska bekymmer kring behandlingskostnader tillkommer förstärks känslor av otrygghet samt osäkerhet (Sjövall et al., 2010; Thomsen et al., 2007). Genom ett empatiskt bemötande, tydlig information och kontinuitet kan hälso- och sjukvårdspersonalen minska patientens oro och rädslan. Detta kan i sin tur öka tryggheten och förbättra livskvaliteten, trots sjukdomens allvarliga konsekvenser (Aunan et al., 2019; Metsälä et al., 2022). Närvaro och en god vårdrelation framträder därför som grundläggande för kontinuitet, trygghet och respektfulla relationer mellan vårdens aktörer (Berg & Lepp, 2022, s. 378–379).

Inom slutenvård kan bristande kontinuitet och otydlighet uppstå när organisationen brister, särskilt vid samarbete mellan många professioner och frekventa personalbyten. En tydlig och sammanhållen vårdorganisation kan motverka dessa negativa konsekvenser (Magham Nasir & Mahmoudirad, 2022). Sjuksköterskans tillgänglighet och närvaro skapar trygghet och stärker patientens känsla av stöd under vårdprocessen (Svensk sjuksköterskeförening, 2024a, s. 5–7). Kontaktsjuksköterskans betydelse för tillgänglighet, kontinuerlig kommunikation och trygghet genom hela vårdkedjan framträder som en viktig aspekt för patienter med bröstcancer och deras närstående (RCC, 2025). Trots detta blir kontinuitet inte alltid verklighet, särskilt vid resursbrist, vilket kan leda till att vården upplevs som otydlig och patientens trygghet samt tillit minskar (Kus et al., 2020).

Resultaten visade att bristande, otydlig eller motstridig information ledde till förtvivlan, osäkerhet och nedstämdhet. När risker tonas ned kan autonomin begränsas, då möjligheten att förstå risker och fördelar minskar (Thomsen et al., 2007). Detta kan förstås som vårdlidande, vilket uppstår när samspelet i vårdmötet brister (Eriksson, 2002; Arman, 2022, s. 167–171). Informationsbrister kan även påverka den existentiella tryggheten. När förståelse för vad som sker saknas kan sårbarheten öka och känslan av kontroll minska. Detta kan förstärka livslidande. Vårdrelationen får därför stor betydelse, då en trygg relation kan göra svår information mer hanterbar, medan en svag relation kan göra samma information mer hotfull (Berg & Lepp, 2022, s. 378–379; Eriksson, 2001). Patentlagen betonar att en sammanfattning av vård, behandling och fortsatt planering ska ges vid utskrivning. Information om fast vårdkontakt ska också ges, vilket kan stärka trygghet och delaktighet (Patientlag, SFS 2014:821, 3 kap. 2 b §; HSL; SFS 2017: 30, 2 kap. 4 §; Socialstyrelsen, 2024 b). Möten med sjuksköterskor utan bröstcancer kompetens skapade oro, då frågor inte kunde besvaras. Detta visar hur avsaknad av rätt kompetens vid rätt tidpunkt kan förstärka upplevelsen av otillräcklig eller motstridig information (Aunan et al., 2019).

Bristande kommunikation kan få tydliga konsekvenser för patientens upplevelse av vården. När information är otydlig eller otillräckligt kan patienter känna sig oförberedda inför behandling och osäkra på vad som väntar. För att skapa trygghet och möjliggöra delaktighet krävs att rätt information ges i rätt tid och anpassas till individens behov. Sammantaget visar resultaten att kommunikation inte enbart handlar om att förmedla information, utan om hur, när och vem den ges (Tsianakas et al., 2012; Metsälä et al., 2011; Palmadottir, 2010). Svenska sjuksköterskeföreningen (2024a, s. 4–7) beskriver att Sjuksköterskans omvårdnadsansvar innebär att omvårdnadsarbetet vilar på både evidens och en humanistisk människosyn. Att visa omsorg, vara tillgänglig och ha förståelse för patientens unika situation är fundamentalt i omvårdnaden, vilket bidrar till trygghet och delaktighet i vårdprocessen. När dessa aspekter integreras i det dagliga arbetet stärks relationen mellan patient och vårdpersonal, detta i sin tur främja till en mer helhetsinriktad personcentrerad vård (Svenska sjuksköterskeföreningen, 2024a, s. 4–7).

Analysresultaten visar att trygghet skapas genom upprepade möten med samma vårdpersonal kontinuerligt. Kontinuitet kan förstås som en förutsättning för förtroende, individanpassad omvårdnad och minskad sårbarhet (Aunan et al., 2019; Shim et al., 2016). Samtidigt visar studierna variationer i hur brister tar sig uttryck, där Aunanan al. (2019) betonar att organisatoriska hinder som den främsta orsak medan Shim al. (2016) belyser relationella aspekter som en bidragande förklaring. Detta visar att bristande kommunikation och kontinuitet är ett komplex fenomen som formas i samspelet mellan organisatoriska, relationella och individuella faktorer. Vårdrelation och lidande i andra hand hänger ihop också, vilket innebär att när kontinuitet möjliggör relation och dialog kan lidande lindras. När kontinuitet bryts kan oro öka och lidande förstärkas. Detta ligger nära ICN:s etiska kod, där respekt för värdighet, integritet och självbestämmande förutsätter begriplig information och en relation som skapar förutsättningar för delaktighet (Sjuksköterskeförening, 2021, s. 4–6).

5.2.2. Att inte vara ensam i sjukdomen - när stöd finns och när det saknas

Resultatet visar att patienter med bröstcancer har heltäckande psykosociala behov. Shim et al. (2016) och Tsianakas et al. (2012) beskriver att bröstcancer är en sjukdom som påverkar den fysiska och psykiska, hälsan, vilket innebär att existentiella och emotionella dimensioner blir viktig för hälso- och sjukvårdspersonalen att vara uppmärksamma på. Även den sociala aspekten är betydelsefull, eftersom den kan bidrar till hanteringen av sjukdomens utmaningar. Det empatiska och emotionella stödet från vårdpersonalen kan förstås som en faktor som har hjälpt patienterna att anpassa sig till kroppsliga förändringar och acceptera den nya självbilden. Enkla omvårdnadshandlingar kan ge tröst och stärka självförtroendet hos patienterna, vilket tydliggör sjuksköterskans självständiga ansvar och huvudansvar

för omvårdnaden (Sjuksköterskeförening, 2024a). Denna beskrivning ligger nära Shim et al. (2016), som betonar att vårdpersonalens stöd och positiva uppmuntran kan öka patientens motivation att acceptera sjukdomens negativa konsekvenser.

Resultatet visar att psykologiskt stöd och erfarenhetsutbyte mellan patienter bidrog till mental avlastning. När livet rubbas och kontrollen upplevs gå förlorad kan detta förstås som livslidande, där identitet och framtidstro påverkas av förändringar (Arman, 2022, s. 167–171; Eriksson, 2001). Arman (2022, s. 167–171) beskriver lidande som en personlig upplevelse där sjukdom, smärta och existentiella frågor kan påverka den fysiska, psykiska och den sociala hälsan. Vidare beskrivs att förståelse för lidande kan hjälpa vårdpersonalen att ge en mer holistisk och individanpassad vård. Stöd från vårdpersonalen kan minska existentiellt lidande, stärka trygghet och öka självsäkerhet, vilket kan ha betydelse för återhämtningen (Aunan et al., 2019; Mäntsälä et al., 2010). Shim et al. (2016) beskriver även att ångest kan fortsätta efter avslutad behandling och att psykosocialt stöd är nödvändigt även i fortsättningsvis.

Analysresultaten framhäver att trygghet och empati har stor betydelse för att patienten ska känna sig hörd och bekräftad. Förutom ett gott bemötande kan detta bidra till hopp och minska fysiska symtom. Kroppsligt språk, såsom ögonkontakt och beröring, förmedlar närvaro och omsorg (Shim et al., 2016; Thomsen et al., 2007). Sjuksköterskans ansvar innefattar att erbjuda stöd under vårdtiden, utbilda patienterna samt vara en primär källa till emotionellt stöd (Aunan et al., 2019). Sambandet mellan patienternas emotionella tillstånd och behandlingsframgång belyser vikten av att uppmärksamma stödbehov för att minska risker som kan uppstå under vårdtiden (Metsälä et al., 2022). I praktiken innebär att sjuksköterskan aktivt behöver uppmärksamma patientens emotionella signaler och skapa utrymme för samtal, även när vårdens fokus primärt ligger på medicinsk behandling. Utöver detta är en god vårdrelation nödvändig. Den kännetecknas av aktivt lyssnande, respekt för patientens värdighet och delaktighet samt empati, vilket utgör en grund för trygghet och välbefinnande (Berg & Lepp. 2022, s. 378–379; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 79–78). När psykosocialt stöd ges inom ramen för en trygg vårdrelation kan det förstås som en skyddsfaktor mot livslidande, eftersom patienten kan få hjälp att sätta ord på oro och skapa mening i en förändrad livssituation.

Flera kvinnor betonade behovet av stöd och empati, men graden av tillgodosett stöd verkar variera. När tid och resurser är pressade är det ofta samtalet, närvaron och uppföljningen som försvinner först, trots att patienternas behov kvarstår (Johansen et al., 2018; Magham Nasir & Mahmoudirad, 2022). Om detta stöd saknas ökar risken att patienten förväntas ta ett ensidigt ansvar, vilket kan göra lidandet mer ensamt och svårhanterligt (Eriksson, 2001; Arman, 2022. s. 167–171). Vid avsaknad av empatiskt bemötande kan patienterna uppleva ensamhet i sin kamp mot komplikationer och dölja sin smärta, vilket riskerar att göra dem osynliga i vården (Tsianakas et al., 2012). Brist på omsorgsfullhet vid svåra besked kan dessutom leda till att patienten blir ensam i sin sjukdom (Thomsen et al., 2007). Sjuksköterskans ansvar är bland annat att lindra patienten lidande, förebygga komplikationer och främja hälsa och välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2024b).

Aunan et al. (2019) poängtera att tidsbristen inom slutenvården kan bero på arbetsbelastning eller stress som orsaker till bristfälligt stöd. Inom slutenvården beskrivs en liknande bild med hög arbetsbelastning, känslomässigt krävande situationer och begränsade resurser, vilket kan skapa stress och en känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskorna (Johansen et al., 2018; Magham Nasir & Mahmoudirad, 2022). Detta innebär att även när sjuksköterskan vill möta patientens existentiella behov kan organisatoriska begränsningar leda till att stödet blir fragmenterat. Brister behöver därför att alltid förstås som bristande vilja, utan som ett uttryck för ett system där förutsättningarna för psykosocial omvårdnad är ojämnt fördelade (Johansen et al., 2018; Lyu et al., 2024). Närvaro av patientens anhöriga engagemang både bidra till ökad trygghet och en mer helhetsinriktad vård, men kan samtidigt innebära ökad belastning och etiska överväganden för vårdpersonalen. Anhörigas närvaro kan påverka hur patientens stödbehov uttrycks och tolkas, särskilt när olika viljor, förväntningar

eller roller behöver balanseras i vårdmötet (Kusi et al., 2020; Lyu et al., 2024). Andra faktorer som kan påverka det psykosociala stödet som bidrar till brist på stöd eller leda till variation i hur stödet upplevs är exempelvis kulturella faktorer och vårdmiljöns förutsättningar.

Kulturella faktorer kan påverka hur sjukdom förstås, hur känslor och behov uttrycks samt vilka förväntningar som finns på vården (Kusi et al., 2020; Lyu et al., 2024). Språkbarriärer, normer och värderingar kan därmed skapa utmaningar i möte mellan patient, anhöriga och vårdpersonal, vilket i sin tur kan påverka tillgången till och upplevelsen av psykosocialt stöd (Lyu et al., 2024). Utöver detta har även vårdmiljöns förutsättningar stor betydelse för patienten inom slutenvårdsmiljön. I pressade vårdmiljöer, där tidsbrist, hög arbetsbelastning och begränsade resurser präglar vardagen, kan utrymmet för samtal och emotionellt stöd minska (Kusi et al., 2020; Lyu et al., 2024). Detta kan leda till att det psykosociala stödet blir ojämnt fördelat eller upplevs som otillräckligt, trots vårdpersonalens intentioner att möta patientens behov.

Sammantaget framhålls det att upplevelsen av psykosocialt stöd formas i ett samspel mellan individuella, kulturella och organisatoriska faktorer (Shim et al., 2016; Metsälä et al., 2022). För att psykosociala behov inte ska förbises behöver bemötandet kännetecknas av lyhördhet och empati, där psykosocialt stöd ses som en självklar del av omvårdnaden (Kusi et al., 2020). Ett lugnt och respektfullt förhållningssätt, som gör det möjligt för patienten får uttrycka oro i sin egen takt, kan minska ensamhet och lidande (Thomsen et al., 2007). Familjen medvetna involvering kan bidra till ökad trygghet för patienten. Vidare beskrevs även att sjuksköterskan tillgängligheten minska lidande hos patienten, vilket betyder att ett empatiskt och lyhört bemötande minskar lidandet samtidigt bidrar till ökad trygghet hos bröstcancerpatienter under vårdtiden (Lyu et al., 2020; Metsälä et al., 2022; Shim et al., 2016).

Övergripande visar resultatdiskussionen att kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvård formas av samspelet mellan kommunikationen, kontinuitet och psykosocialt stöd. En vårdrelation präglad av empati, tillgänglighet och respekt skapar trygghet. Dessutom stärker delaktighet kvinnornas upplevelse av vården och bidrar till att lindra lidande genom hela vårdprocessen.

6. SLUTSATSER

Resultatet av denna litteraturstudie indikerar att kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården ofta påverkas av hur vårdens vägval och informationsflöde upplevs. Betydelsen av mötet med vårdpersonalen för kvinnornas psykosociala och existentiella välbefinnande framkommer som centralt. Eftersom bröstcancerdiagnosen ofta beskrivs medföra djupa känslor av förtvivlan och chock över den förändrade livssituationen, framstår tydlig och individanpassad kommunikation som särskilt viktig för kvinnors upplevelse av välbefinnande. Tydlig och sammanhållen information, i kombination med kontinuitet i vårdkontakter, kan enligt deltagarnas upplevelser bidra till ökad förståelse och orientering i vårdprocessen, medan fragmenterad kommunikation kan upplevas som osäker och förvirrande. Att genomgå behandling beskrivs medföra olika konsekvenser, samtidigt som livet fortsätter vilket är en stor utmaning för dessa kvinnor. Omvårdnaden bör därför, enligt resultaten, beakta både praktiska och emotionella dimensioner, då bristande stöd och kontinuitet kan upplevas som isolerande och öka kvinnornas känsla av lidande. Dessa aspekter speglar grunden för omvårdnad som präglas av holistisk vård, respektfull bemötande, empati, delaktighet samt en trygg och stödjande miljö. Vården bör därför genomsyras av öppen kommunikation där patienten känner sig förstådd, delaktig och respekterad, samtidigt som psykosociala behov mötts genom en närvaro som bygger en förtroendefull relation med patienten. Digitala lösningar kan eventuellt underlätta information, kommunikation och kontinuitet, men den personliga närvaron och relationen är fortsatt central.

De kliniska implikationerna för vårdutveckling innefattar ett behov av att stärka vårdpersonalens kompetens inom personcentrerad vård. Detta kan exempelvis ske genom utbildningsinsatser med fokus på kommunikation och empatiskt bemötande. Genom att möta patienten som en helhet, snarare än enbart utifrån medicinska behov, kan en tillitsfull vårdrelation främjas. Resultaten antyder att framtida forskning kan inrikta sig på att belysa hur vårdpersonalens omvårdnadsinsatser och kompetens kan utvecklas, särskilt vad gäller kommunikation och empatisk bemötande, för att ytterligare stödja personcentrerad vård och möta kvinnornas individuella behov. Eftersom denna studie baseras på kvalitativa forskningsstudier bidrar resultaten till en fördjupande förståelse av kvinnors subjektiva upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer inom slutenvården.

Avslutningsvis, som reflektion bör det poängteras att denna studies begränsningar, såsom avgränsning till engelskspråkiga forskningsstudier och begränsat tidsintervall för inkluderade studier, kan ha medfört att vissa perspektiv och erfarenheter inte fångats. Detta kan påverka överförbarheten av resultaten och bör därmed beaktas när slutsatserna tillämpas i andra vårdkontexter.

7. REFERENSER

*Indikera forskningsstudier som inkluderats i resultatet.

Amir, Z., Scully, J. & Borrill, C. (2004). The professional role of breast cancer nurses in multi-disciplinary breast cancer care teams. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 306-314. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.ejon.2003.12.011

Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.), Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik (1 uppl., s. 185–191). Studentlitteratur.

Arman, M. (2022). Lidande och lindrat lidande. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (red.), Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik (3. uppl., s. 167–171). Studentlitteratur.

Aunan, S. T., Wallgren, G. C., & Saetre Hansen, B. (2019). Breast cancer survivors' experiences of dealing with information during and after adjuvant treatment: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, *28*(15-16), 3012–3020. https://doi.org/10.1111/jocn.14700

Al-Azri, M., Al-Kiyumi, Z., Al-Bimani, K., & Al-Awaisi, H. (2024). The Impact of a Breast Cancer Diagnosis on the Social Interaction Patterns of Young Omani Women: A Qualitative Study Approach. *Current oncology* (Toronto, Ont.), 31(12), 7979–7993. https://doi.org/10.3390/curroncol31120589

*Beaver, K., Williamson, S., & Briggs, J. (2016). Exploring patient experiences of neo-adjuvant chemotherapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 77–86. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.ejon.2015.06.001

Berg, L. & Lepp, M. (2022). Den vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (red.), Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik (3. uppl., s. 378–379). Studentlitteratur.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bonsu, A. B., & Ncama, B. P. (2019). Recognizing and appraising symptoms of breast cancer as a reason for delayed presentation in Ghanaian women: A qualitative study. *PloS one*, *14*(1), e0208773. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208773

*Brown, J., Refeld, G., & Cooper, A. (2018). Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation from the Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 45(3), 389–398. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1188/18.ONF.389-398

Ciria-Suarez, L., Jiménez-Fonseca, P., Palacín-Lois, M., Antoñanzas-Basa, M., Fernández-Montes, A., Manzano-Fernández, A., Castelo, B., Asensio-Martínez, E., Hernando-Polo, S., & Calderon, C. (2021). Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. *PloS one*, *16*(9), e0257680. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257680

Cucuzzella, C., Rasoulivalajoozi, M., & Farzamfar, G. (2024). Spatial experience of cancer inpatients in the oncology wards: A qualitative study in visual design aspects. *European journal of oncology nursing*, 70, 102552. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102552

*Engqvist Boman, L., Sandelin, K., Wengström, Y., & Silén, C. (2018). Patients' participation during treatment and care of breast cancer – a possibility and an imperative. *European Journal of Oncology Nursing*, 37, 35-42. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.ejon.2018.09.002

Eriksson, K. (2001). Den lidande människan. (1 Upp., s. 77–82). Stockholm: Liber.

Ernsth Bravell, M. (2019). Multisjuklighet. I Edberg, A. & Wijk, H. (red.), Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa (3. uppl., s. 233). Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten (2023). *Folkhälsopolitikens målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård* [Broschyr]. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/59b14e2afb3642ee984e77f51f0b9ad3/folkhalsopolitikens-malomraden-malomrade-8-en-jamlik-halsoframjande-halso-sjukvard.pdf

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier: Värderingar, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Fjärde utgåvan. Natur och Kultur.

Franklin, M., Lewis, S., & Smith, A. L. (2024). Complexities in supportive care for people with metastatic breast cancer: a qualitative study. *Journal of cancer survivorship: Research and Practice*, 10.1007/s11764-024-01646-8. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s11764-024-01646-8

*Frost, C., Lesā, R., & Richardson, S. (2024). The Experience of Women Receiving Mastectomy Care in an Acute Surgical Ward: A Qualitative Study. *Nursing open,* 11(10), e70053. https://doi.org/10.1002/nop2.70053

Gagné, M., Lauzier, S., Lemay, M., Loiselle, C. G., Provencher, L., Simard, C., & Guillaumie, L. (2022). Women with breast cancer's perceptions of nurse-led telephone-based motivational interviewing consultations to enhance adherence to adjuvant endocrine therapy: a qualitative study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(6), *4759–4768*. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06692-x

Globala Målen (2024). *3: God hälsa och välbefinnande*. Hämtad 22 februari 2025 från https://globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/

Green, S. M. C., Lloyd, K. E., Smith, S. G. & ENGAGE investigators (2023). Awareness of symptoms, anticipated barriers and delays to help-seeking among women at higher risk of breast cancer: A UK multicentre study. *Preventive medicine reports,* 34, 102220. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102220

Gupta, S., Sinha Gupta, S., De, A., Banerjee, R. & Goel, S. (2024). Socio-cultural and financial issues against breast cancer screening behaviour among eligible Indian women: evidence for action. *Breast cancer research and treatment,* 205(1), 169–179. https://doi.org/10.1007/s10549-024-07244-7

Johansen, S., Cvancarova, M. & Ruland, C. (2018). The Effect of Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Physical and Emotional Symptoms on Caregiver Burden. *Cancer Nursing*, 41(2), 91–99. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000493

*Khajoei, R., Azadeh, P., Zohari Anboohi, S., Ilkhani, M. & Nabavi, F. H. (2024). Breast cancer survivorship needs: a qualitative study. *BMC Cancer,* 24(1), 96. https://doi.org/10.1186/s12885-024-11834-5

*Khoshnazar, T. A., Rassouli, M., Akbari, M. E., Lotfi-Kashani, F., Momenzadeh, S., Rejeh, N., & Mohseny, M. (2016). Communication Needs of Patients with Breast Cancer: A Qualitative Study. *Indian journal of palliative care, 22(4), 402–409*. https://doi.org/10.4103/0973-1075.191763

*Komatsu, H., Yagasaki, K., Yamauchi, H. & Yamauchi, T. (2016). Patients' Perspectives on Creating a Personal Safety Net During Chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 20(1), 13–16*. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1188/16.CJON.13-16

Kusi, G., Boamah Mensah, A. B., Boamah Mensah, K., Dzomeku, V. M., Apiribu, F. & Duodu, P. A. (2020). Caregiving motivations and experiences among family caregivers of patients living with advanced breast cancer in Ghana. *PloS one*, 15(3), e0229683. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229683

Liu, Y., Li, Y., Chen, L., Li, Y., Qi, W. & Yu, L. (2018). Relationships between family resilience and posttraumatic growth in breast cancer survivors and caregiver burden. *Psycho-oncology*, 27(4), 1284–1290. https://doi.org/10.1002/pon.4668

Lyu, X. C., Jiang, H. J., Lee, L. H., Yang, C. I. & Sun, X. Y. (2024). Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. *BMC nursing*, 23(1), 58. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01718-1

Manouchehri, E., Taghipour, A., Ebadi, A., Homaei Shandiz, F. & Latifnejad Roudsari, R. (2022). Understanding breast cancer risk factors is there any mismatch between laywomen perceptions and expert opinions. *BMC cancer*, 22(1), 309. https://doi.org/10.1186/s12885-022-09372-z

Moghadam, M. P., Nasiri, A., & Mahmoudirad, G. (2022). Exploring the Emotional Concerns of Oncology Nurses: A Qualitative Study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 27(5), 425–431. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_258_21

Mburu, W., Boamah Mensah, A. B., Virnig, B., Amuasi, J. H., Awuah, B., Porta, C. M., Osei-Bonsu, E., & Kulasingam, S. (2021). Pathways to Breast Cancer Diagnosis and Treatment Among Women in Ghana: A Qualitative Study. *Women's health reports (New Rochelle, N.Y.)*, 2(1), 234–244. https://doi.org/10.1089/whr.2020.0117

Meacham, E., Orem, J., Nakigudde, G., Zujewski, J. A., & Rao, D. (2016). Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in Kampala, Uganda. *Psycho-oncology*, 25(10), 1206–1211. https://doi.org/10.1002/pon.4215

Metsälä, E., Schroderus-Salo, T., Straume, K., Strom, B., Marmy, L., Øynes, M., Pires Jorge, J. A., Randle, L., & Kivistik, S. (2022). The Factors for Success and Lack of Success in the Breast Cancer Patient Care Pathway: A Qualitative Study From the Health Care Staff Perspective. *European journal of breast health*, *18*(3), 222–228. https://doi.org/10.4274/ejbh.galenos.2022.2022-3-1

Nies, Y. H., Ali, A. M., Abdullah, N., Islahudin, F., & Shah, N. M. (2018). A qualitative study among breast cancer patients on chemotherapy: experiences and side-effects. *Patient preference and adherence*, 12, 1955–1964. https://doi.org/10.2147/PPA.S168638

Nyström, M. (2019). Vårdrelationer. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 468–475). Studentlitteratur.

Olvera, R. G., Myers, S. P., Gaughan, A. A., Tarver, W. L., Lee, S., Shiu, K., Rush, L. J., Blevins, T., Obeng-Gyasi, S., & McAlearney, A. S. (2025). The Role of Social Support in Buffering the Financial Toxicity of Breast Cancer: A Qualitative Study of Patient Experiences. *Cancers*, 17(10), 1712. https://doi.org/10.3390/cancers17101712

Palmadottir G. (2010). The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: a qualitative study. *Scandinavian journal of occupational therapy*, *17*(4), 299–307. https://doi.org/10.3109/11038120903302874

Planck, M. & Palmgren, A. (2022). Cancersjukdomar. I Ekwall, A. & Jansson, A.M. (red.), *Omvårdnad & medicin* (2. uppl., s. 554). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.-F. & Beck, C.-T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Probst, H., Rosbottom, K., Crank, H., Stanton, A. & Reed, H. (2021). The patient experience of radiotherapy for breast cancer: A qualitative investigation as part of the Support 4 All study. *Radiography* (London, England: 1995), 27(2), 352–359. https://doi.org/10.1016/j.radi.2020.09.011

Qin, S., Wei, Y., Li, H., & Li, C. (2025). Symptom Experience and Management Needs of Breast Cancer Patients Undergoing Endocrine Therapy: A Qualitative Study. *Patient preference and adherence*, *19*, 4299–4310. https://doi.org/10.2147/PPA.S575599

RCC (2025). *Nationell uppdragsbeskrivning för kontaktsjuksköterskan i cancervården* [Broschyr]. Regionala cancercentrum i samverkan. https://cancercentrum.se/download/18.3c90fecc196869f66518d62/1746194344974/Nationell%20uppdragsbeskrivning%20f%C3%B6r%20kontaktsjuksk%C3%B6terskan%20i%20cancerv%C3%A5rden.pdf

SFS 1998:531. Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm. Socialdepartement. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1998531-om-yrkesverksamhet-pa-halso-och_sfs-1998-531/

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm. Socialdepartement. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm. Socialdepartement. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

Sjövall, K., Strömbeck, G., Löfgren, A., Bendahl, P. O., & Gunnars, B. (2010). Adjuvant radiotherapy of women with breast cancer - information, support and side-effects. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, *14*(2), 147–153. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.002

Shim, E. J., Park, J. E., Yi, M., Jung, D., Lee, K. M., & Hahm, B. J. (2016). Tailoring communications to the evolving needs of patients throughout the cancer care trajectory: a qualitative exploration with breast cancer patients. *BMC women's health*, *16*(1), 65. https://doi.org/10.1186/s12905-016-0347-x

*Smith, A. L., Boyle, F. & Lewis, S. (2022). Potential inequities in availability of care from breast care nurses: a qualitative study reporting the experiences and perspectives of women with metastatic breast cancer in Australia. *BMC health services research*, 22(1), 942. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08269-8

Socialstyrelsen (2021). Hälso- och sjukvårdspersonal. Hämtad 19 mars 2025 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/styrning-och-arbetsfordelning/halso-och-sjukvardspersonal/

Socialstyrelsen (2023a). *Cancer i siffror* [Broschyr]. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/statistik/cancer-i-siffror-2023.pdf

Socialstyrelsen (2023b). *Statistik om bröstcancer* [Broschyr]. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/b314d1d8b81a4d6c90609186ffef616c/2023-10-8807.pdf

Socialstyrelsen (2024a). *Kvalitetsdeklaration: Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2023 samt arbetsmarknadsstatus 2022* [Broschyr]. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2024-9-9197-kvalitetsdeklaration.pdf

Socialstyrelsen (2024b). *Statistik om sjukdomar behandlade i sluten vård 2023* [Broschyr]. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/8fba07c8f736462faaf4ea7f23103cff/2024-9-9227.pdf

Sun, Y. & Armer, J. M. (2019). A nurse's twenty-four-year journey with breast cancer-related lymphedema. *Work*, 63(1), 21–31. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.3233/WOR-192904

Sund, M. (2021). Bröstkirurgi: Fysiologi och anatomi. I R. Andersson, S. Regnér & C. Rogmark (red.), *Kirurgiska sjukdomar* (3. uppl., s. 213–217). Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (reviderad 2021)* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2024a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (reviderad 2024)* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2024b). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. https://swenurse.se/download/18.2f2788b8191974f2f813ffbd/1725460671134/Va%CC%88rdegrund%20fo%CC%88r%20omva%CC%8Ardnad.pdf

*Thestrup Hansen, S. T., & Willemoes Rasmussen, L. A. (2022). 'At least there is something in my bra': A qualitative study of women's experiences with oncoplastic breast surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 78(10), 3304–3319. https://doi.org/10.1111/jan.15309

Thomsen, D. K., Pedersen, A. F., Johansen, M. B., Jensen, A. B., & Zachariae, R. (2007). Breast cancer patients' narratives about positive and negative communication experiences. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, *46*(7), 900–908. https://doi.org/10.1080/02841860701261550

Tsianakas, V., Maben, J., Wiseman, T., Robert, G., Richardson, A., Madden, P., Griffin, M., & Davies, E. A. (2012). Using patients' experiences to identify priorities for quality improvement in breast cancer care: patient narratives, surveys or both?. *BMC health services research*, *12*, 271. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-271

United Nations (u.å). *Peace, dignity and equality on a healthy planet: Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad 21 februari 2025 från https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Vetenskapsrådet (2002). *Etik: Vetenskapsrådet* [Broschyr]. Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.11999f69161e921384fae7ce/1529480554373/Vetenskapsradet_arsredovisning_2002.pdf

Vetenskapsrådet (2024). *God forskningssed* [Broschyr]. Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf

Wazqar D. Y. (2018). Oncology nurses' perceptions of work stress and its sources in a university-teaching hospital: A qualitative study. *Nursing open*, 6(1), 100–108. https://doi.org/10.1002/nop2.192

*Weick, L., Ericson, A., Sandman, L., Boström, P. & Hansson, E. (2023). Patient experience of implant loss after immediate breast reconstruction: An interpretative phenomenological analysis. *Health Care for Women International*, 44(1), 61–79. https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1944152

White, V., Der Vartanian, C., Tansley, F., & Ugalde, A. (2021). Understanding women's perspectives and information needs about shared follow-up care for early breast cancer: a qualitative study. *Family practice*, 38(6), 786–792. https://doi.org/10.1093/fampra/cmab048

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* (1. uppl., s. 79–80). Stockholm.

World Health Organization (2024a). *Breast Cancer*. Hämtad 20 februari 2025 från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

World Health Organization (2024b). *Nursing and midwifery*. Hämtad 21 februari från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery

World Medical Association (2022). *WMA declaration of Helsinki: Recommendations guiding doctors in clinical research* [Brsochyr]. World Medical Association. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Jun1964.pdf

*Yan, T., Han Chan, C. W., Ming Chow, K. & Li, M. (2022). Experiences and perception of character strengths among patients with breast cancer in China: a qualitative study. BMJ open, 12(10), e061994. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061994

8. BILAGOR

Bilaga I. Sökmatris CINAHL.

Databas Datum Sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 7/11–2025 S1	MH "Breast Neoplasms" OR "Breast cancer*"	Inga	127 592	0	0	0	0	.
CINAHL 7/11–2025 S2	"Patient experience" OR "lived experiences" OR "Patient Perspective"	Inga	63 239	0	0	0	0	.
CINAHL 7/11–2025 S3	MH "Inpatients" OR "Hospitalization"	Inga	197 359	0	0	0	0	.
CINAHL 7/11–2025 S4	"Nursing care*"	Inga	79 492	0	0	0	0	.
CINAHL 7/11–2025 S5	S1 AND S2	- Tillgänglig abstrakt - Publicerade mellan 2015–2025 - English - Peer-reviewed	63	63	63*	9**	4***	#8 #9 #10 #11

	- Female

* 0 studier exkluderades.
**54 studier exkluderades eftersom de inte beskrevs vara exklusivt kvalitativa studier som endast handlade om kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer.
***5 studier exkluderades eftersom de ej handlade om vård av bröstcancer inom slutenvården.

Bilaga II. Sökmatris PubMed.

Databas Datum Sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PubMed 6/11–2025 S1	Breast cancer	Inga	564 245	0	0	0	0	.
PubMed 6/11–2025 S2	Patient Experiences	Inga	595 059	0	0	0	0	.
PubMed 6/11–2025 S3	Hospitalization	Inga	8 099 745	0	0	0	0	.
PubMed 6/11–2025 S4	Nursing care	Ingen	1 001 606	0	0	0	0	.
PubMed 6/11–2025 S5	S1 AND S2 AND 3 AND S4	- Tillgänglig abstract - Publicerade mellan 2015–2025 - English - Female	345	345	49*	9**	7***	#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7

* 296 studier exkluderades eftersom de inte enbart handlade om bröstcancer
**40 studier exkluderades eftersom de inte beskrevs vara exklusivt kvalitativa studier som endast handlade om kvinnors upplevelser av omvårdnad vid bröstcancer, samt var ej peer-reviewed.
***2 studier exkluderades eftersom de ej handlade om vård av bröstcancer inom slutenvården.

Bilaga III. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	**Titel**	**Syfte**	**Metod** **(Design, urval, datainsamling, analys)**	**Resultat**	**Kvalitet**
9# Beaver, Williamson & Briggs 2016 European Journal of Oncology Nursing United Kingdom	"Exploring patient experiences of neo-adjuvant chemotherapy for breast cancer".	Att utforska kvinnors upplevelser av preoperativ kemoterapibehandling för bröstcancer inom slutenvården.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 20 kvinnor som genomgått kemoterapibehandling för bröstcancer **Datainsamling:** Individuella intervjuer **Analys:** Tematisk analys	Hantering av plötslig förändring av hälsotillstånd, att hitta en ny balans; behov av information och beslutsfattning; ökat behov av stöd och empati mot slutet av behandling när biverkningar var som värst, när beslut om vidare ingrepp ska tas. Psykosocialt stöd kopplades in för sent, när krispunkten var nådd.	Medelhög
8# Brown, Refeld & Cooper 2018 Oncology Nursing Forum Australia	"Timing and mode of breast care nurse consultation from the patient's perspective".	Undersöka skillnader i patientens upplevelser av stöd från en (BCN) bröstcancersjuksköterska; preoperativa konsultation som skedde ansikte-mot-ansikte med möjlighet för utbildning med sin BCN, eller de som behövde ha sin konsultation på distans via telefon och inte fick uppleva preoperativ konsultation med sin BCN.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 16 deltagare Bröstcancerpatienters erfarenhet om stöd från bröstcancersjuksköterska under vårdtiden **Datainsamling:** Intervjuer **Analys:** Tematiska analys	Kvinnorna som hade tidig ansikte-mot-ansikte preoperativ konsultation med sin BCN rapporterade att de fick mer utbildning och emotionellt stöd samt praktiskt stöd än kvinnorna som hade sin konsultation distans via telefonsamtal.	Hög

3# Engqvist Boman, Sandelin, Wengström & Silén 2018 European Journal of Oncology Nursing Sweden	"Patients participation during treatment and care of breast cancer – a possibility and an imperative".	Att undersöka bröstcancerpatientens upplevelser av delaktighet under behandling och vårdtiden.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 16 kvinnor diagnostiserat med bröstcancer under vårdtiden och deras upplevelser av vården **Datainsamling:** Semistrukturerade individuella intervjuer **Analys:** Kvalitativ innehållsanalys	Kvinnliga patienter som deltog upplevde att de blev respekterade i mötet med vårdpersonalen vilket ledde till att de vill delta mer i studier. De önskade få mer information, kunna ställa fler frågor och få mer stöd. De nämner även att vara mer delaktiga i beslutet under vårdtiden samt delta i handling om egenvård hantering.	Hög
6# Frost, Lesā & Richardson 2024 Nursing Open New Zealand	"The experience of women receiving mastectomy care in an Acuta surgical ward: qualitative study".	Kvinnliga patienters upplevelser av att vårdas inneliggande för mestektomi samt deras erfarenhet gällande information tilldelning.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 10 kvinnor som genomgått en mastektomi som sedan fick postoperative vård på en akutkirurgisk avdelning. **Datainsamling:** Semi strukturerade intervjuer **Analys:** Tematisk analys	Mastektomi påverkar kvinnor fysiskt och emotionellt. God omvårdnad och stödjande vårdmiljö bidrar till en bättre återhämning. Det är viktigt med bra bemötande och förståelse.	Hög

4# Khajoei, Azadeh, ZohariAnboohi, Ilkhani & Heshmati Nabavi 2024 BMC Center Iran	"Breast cancer survivorship needs: a qualitative study"	Att undersöka upplevelser och behov hos kvinnor som överlevt bröstcancer efter behandling inom slutenvården.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 16 kvinnor som överlevt bröstcancer från fyra onkologiska avdelningar med inriktat urval på ett universitetssjukhus. **Datainsamling:** Djupgående semistrukturerade intervjuer **Analys:** Kvalitativ innehållsanalys	Fysiskt familjestöd och vårdstöd hade delvis minskade deras stress samt psykiska symtom. Bristande ekonomiskt stöd och information om biverkningar, återhämtning. Psykiska samt fysiska problem så som smärta, trötthet, rädsla för återfall under vårdtiden.	Hög
7# Khoshnazar, Rassouli, Akbari, Lofti-Kashani, Momenzadeh, Rejeh & Mohseny 2016 Indian Journal of Palliative care Iran	"Communication Needs of patients with Breast cancer: A Qualitative Study".	Undersöka bröstcancerupplevelser inom slutenvård inom palliativvård; kommunikation, omvårdnad, information, bemötande och omvårdnad.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 20 deltagare som behandlas inom slutenvård i palliativ vårdavdelning **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer **Analys:** Innehållsanalys	Trygghet, närvaro och bra kommunikation var största behoven för att minska oro och patienterna glömma bort smärtan. Gemenskap och erfarenhet byte av dem mer hopp och styrka.	Hög

11# Komatsu, Yagasaki, H. Yamauchi & T. Yamauchi 2016 Clinical Journal of oncology nursing Japan	"Patients perspectives on creating a personal safety net during chemotherapy"	Att beskriva Patientens upplevelser om kemoterapibehandling och hantering av situationen.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 17 patienter som genomgått kemoterapi. **Datainsamling:** Intervjuer med patienter **Analys:** Innehållsanalys	Patienters olika strategier för att säkerställa hantering av situation, stöd från närstående, vänner, och vårdgivare. Vikten av det emotionella stödet och den praktiska hjälpen för att kunna hantera bröstcancerbehandling.	Hög
2# Smith, Boyle & Lewis 2022 BMC Health Service Research Australia	"Potential inequities in availability of care from breast care nurses qualitative study reporting the experiences and perspectives of women with metastatic breast cancer in Australia".	Att undersöka kvinnors upplevelser av stödjande vård från bröstsjuksköterskor samt sjuksköterskornas ansvar gällande vård av patienter med metastaserad bröstcancer.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 38 kvinnor med metastaserad bröstcancer, rekryterade via cancerorganisation, kliniska behandling. **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer **Analys:** Tematiskt analys	Behov av stöd som inte fullföljd av vården, sjuksköterskans ansvar för personer med metastaserad bröstcancer.	Hög
5# Thestrup Hansen & Willemoes Rasmussen 2022 Journal of advanced nursing Denmark	"At least there is something in my bra: A qualitative study of women's experiences with oncoplastic breast surgery".	Kvinnors upplevelser av att drabbats av bröstcancer, deras behov av stöd från sjukvården samt sjuksköterskans ansvar gällande den fysiska och existentiella frågor vid onkoplastisk bröstkirurgi.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 14 kvinnliga patienten intervjuer, 7 av de som genomförde behandling under 6 månaders period. Patienter som genomgått onkoplastiskt bröstkirurgi. **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer, ansikte mot ansikte	Kvinnliga patienters erfarenheter om prioriteraring vid behandling av bröstcancer. Patienternas beroendeställning till läkare samt behov av stöd vid omvårdnad från sjuksköterskan. Behandlingsbeslut och fördröjning av	Hög

			Analys: Tematiskt analys	informationdelning. Patientens anpassning till den nya kroppsbilden.	
10# Weick, Ericson, Sandman, Boström & Hansson 2023 Healthcare for women international Sweden	"Patient experience of implant loss after immediate breast reconstruction: interpretative". phenomenological analysis".	Patientens upplevelser av implantatförlust direkt efter bröstrekonstruktion.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 8 deltagare Kvinnor som genomgått bröstrekonstruktion, med implantat **Datainsamling:** Intervjuer **Analys:** Interpretativ femonologisk analys	Patienterna upplevde implantatförlusten med känslomässig reaktion, fysiska påfrestning samt vikten av sjukvården och stödbehovet från närstående vid hantering av situation.	Hög
1# Yan, Han Chan, Ming Chow & Li 2022 BMJ open China	"Experiences and perception of character strengths among patients with cancer in China: qualitative study".	Att utforska hur kvinnor med bröstcancer upplever sina inre styrkor och hur dessa påverkar deras liv samt vårdupplevelse under behandlingstid.	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 24 kvinnor över 18 år som diagnostiserats med bröstcancer, rekryterade från två sjukhus **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer, ljudinspelning, transkriberade ordagrant **Analys:** Innehållsanalys	Patientens upplevelser under vårdtiden gällande bemötande, delaktighet, stöd och information samt hantering av egenvård under vårdtiden.	Hög

BILAGA 4

Checklista för kvalitativa artiklar[4]

A. Syftet med studien?

.....

.....

Vilken kvalitativ metod har använts?

.....

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?
Ja ☐ Nej ☐

B. Undersökningsgrupp
Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)
Ja ☐ Nej ☐

Var genomfördes undersökningen?

.....

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

.....

Vilken urvalsmetod användes?
☐ Strategiskt urval
☐ Snöbollsurval
☐ Teoretiskt urval
☐ Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

.....

.....

Är undersökningsgruppen lämplig?
Ja ☐ Nej ☐

C. Metod för datainsamling
Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamling)?
Ja ☐ Nej ☐
Beskriv:

.....

.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?
Beskriv:

.....

Ange datainsamlingsmetod:
☐ ostrukturerade intervjuer
☐ halvstrukturerade intervjuer
☐ fokusgrupper
☐ observationer
☐ video-/bandinspelning
☐ skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/ studieprotokoll)?
Ja ☐ Nej ☐

D. Dataanalys
Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

.....

Ange om:
☐ teman är utvecklade som begrepp
☐ det finns episodiskt presenterade citat
☐ de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
☐ svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

.....

.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?
Ja ☐ Nej ☐

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?
Ja ☐ Nej ☐

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?
Ja ☐ Nej ☐

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?
Ja ☐ Nej ☐

Är resultaten återförda och diskuterade med undersöknings-gruppen?
Ja ☐ Nej ☐

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?
Ja ☐ Nej ☐

E. Utvärdering
Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forsknings-frågan?
Ja ☐ Nej ☐

Stöder insamlade data forskarens resultat?
Ja ☐ Nej ☐

Har resultaten klinisk relevans?
Ja ☐ Nej ☐

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?
Ja ☐ Nej ☐

Finns risk för bias?
Ja ☐ Nej ☐

Vilken slutsats drar författaren?

.....

.....

Håller du med om slutsatserna?
Ja ☐ Nej ☐

Om nej, varför inte?

.....

Ska artikeln inkluderas?
Ja ☐ Nej ☐

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se